# REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 15 · Vol. 15 · Marzo 2026 ISSN: 2254–4410

# SEMERGEN

## REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

**La Revista Andaluza de Atención Primaria se distribuye exclusivamente entre los profesionales de medicina.**

## CONSEJO EDITORIAL

**Editora Jefe**

**Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhama de Granada.*

**Consejo asesor**

**Dra. María José Castillo Moraga**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algaida-Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.*

**Dr. Enrique José Gamero de Luna**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla.*

**Dra. Tania Ortiz Puertas**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ogíjares. Granada. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN. Tesorera de SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. María Rosa Sánchez Pérez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Presidenta de SEMERGEN Andalucía.*

**Dr. Esperanza Romero Rodríguez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlos Castilla del Pino. Córdoba.*

## Comité Organizador

**Presidente**

**Dr. Pablo Arjona González**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Axarquía Málaga-Este. Miembro del GT de Aparato Locomotor. Vocal del Área de Comunicación SEMERGEN Andalucía.*

**Vocales**

**Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhama de Granada. Miembro de los GGTT de Dermatología y de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. María José Castillo Moraga**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Endocrinología y Metabolismo y de Nefrourología de SEMERGEN. Miembro de la Junta Directiva de SEMERGEN Andalucía.*

**Dr. Manuel Jiménez de la Cruz**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Jubilado. Centro de salud Casería de Montijo (Granada). Vocal del Área de médicos sénior de SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. Mª Rosa Sánchez Pérez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Área de Tutores de SEMERGEN. Vocal del Área de Relaciones Institucionales de SEMERGEN Andalucía.*

## Comité Científico

**Presidenta**

**Dra. Silvia Rodriguez Moreno**
*Medicina Familiar y Comunitaria Distrito Sanitario Málaga Guadalhorce. Directora del Centro de Salud Colonia Santa Inés Teatinos. Tutora MIR. Vocal provincial de Málaga de SEMERGEN Andalucía.*

**Vocales**

**Dra. Raquel Alfaro Greciano**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Cádiz. Miembro del GT de Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.*

**Dra. Laura del Carmen Andrades Fernández**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rota. Cádiz. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN. Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes SEMERGEN Andalucía.*

**Dr. Francisco Javier Atienza Martín**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro de los GGTT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente y de Salud Mental de SEMERGEN.*

**Dra. Mariana Cantarero Ortiz**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta de Madrid. Andújar. Vocal provincial de Jaén de SEMERGEN Andalucía.*

**Dr. José Manuel Carvajal Jaén**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares y de Salud Mental y GIS de SEMERGEN. Vocal provincial de Sevilla de SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. María José Cruz Rodríguez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril San Antonio. AGS Sur de Granada. Miembro del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN. Vocal del Área de Médicos Jóvenes, Tutores y Residentes de SEMERGEN Andalucía.*

**Dr. Rafael Damián García**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. UGC Lucano. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN. Vocal provincial de Córdoba de SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. Marina Angélica Dionisio Flores**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Montellano. Montellano. Sevilla. Vocal provincial de Sevilla de SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. Elisabet Fernández Martín**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud UGC Berja. Almería. Miembro del GT de Atención a la Mujer de SEMERGEN. Vocal provincial de Almería de SEMERGEN Andalucía.*

**Dr. Enrique José Gamero de Luna**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Coordinador del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN. Vocal del Área de Proyectos y Desarrollo Estratégico SEMERGEN Andalucía.*

**Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Coordinador de los GGTT Respiratorio e IMVAP de SEMERGEN.*

**Dr. Francisco Manuel Giraldo Abadín**
*Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP Móvil. Jerez de la Frontera. Distrito Sanitario Jerez Costa Noroeste y Sierra de Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN. Vocal del Área de Urgencias de SEMERGEN Andalucía.*

**Dr. Eladio Jiménez Mejías**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Titular. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada. Vocal del Área de Universidad de SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. María Soledad López García**
*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UDMAFYC Distrito Sanitario Poniente de Almería. Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes SEMERGEN Andalucía*

**Dra. Miriam Machín Hernández**
*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.*

**Dra. Aurora Medina Cobos**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Granada. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN. Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. Paula Merino Barriuso**
*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga. Miembro del GT de Otorrinolaringología de SEMERGEN.*

**Dra. María Oliva Márquez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva. Coordinadora del GT de Salud Laboral de SEMERGEN. Vocal provincial de Huelva de SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. Teresa Cristina Ollero Rodriguez**
*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santa Ana. Dos Hermanas. AGS Sur de Sevilla. Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. Tania Ortiz Puertas**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ogíjares. Granada. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN. Tesorera de SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. Sara Peña Pérez**
*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga.*

**Dra. Rosa María Pérez López**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Cádiz. Miembro del GT de Niño y Adolescente de SEMERGEN. Vocal provincial de Cádiz de SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. Esperanza Romero Rodríguez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Miembro del Área de Investigación de SEMERGEN. Vicepresidenta y responsable del Área de Investigación de SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. Isabel María Sánchez Martínez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Armilla. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Miembro del GT de Dermatología. Vocal de Granada SEMERGEN Andalucía.*

**Dra. Julia Rosario Vargas Díez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Centro de Salud Gran Capitán. Granada. Miembro de los GGTT de Comunicación Clínica y de Salud Mental de SEMERGEN. Vocal del Área de Comunicación SEMERGEN Andalucía.*

# JUNTA DIRECTIVA

**Presidenta**
**Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal**

**Vicepresidenta. Responsable del Área de Jornadas y Congresos**
**Dra. María José Castillo Moraga**

**Vicepresidenta. Responsable del Área de Investigación**
**Dra. Esperanza Romero Rodríguez**

**Tesorera**
**Dra. Tania Ortiz Puertas**

**Secretario**
**Dr. Francisco Atienza Martin**

**Vocal del Área de Relaciones Institucionales**
**Dr. Mª Rosa Sánchez Pérez**

**Vocal del Área de Proyectos y Desarrollo Estratégico**
**Dr. Enrique José Gamero de Luna**

**Vocal del Área de Comunicación**
**Dr. Pablo Arjona González**

**Vocal del Área de Comunicación**
**Dra. Julia Vargas Díez**

**Vocal del Área de Urgencias**
**Dr. Francisco Manuel Giraldo Abadín**

**Vocal del Área de Universidad**
**Dr. Eladio Jiménez Mejías**

**Vocal del Área de médicos sénior y trayectoria profesional**
**Dr. Manuel Jiménez de la Cruz**

**Vocal responsable del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes**
**Dra. Mª José Cruz Rodríguez**

**Vocal responsable del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes**
**Dra. Aurora Medina Cobos**

**Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes**
**Dra. María Soledad López García**

**Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes**
**Dra. Laura del Carmen Andrades Fernández**

**Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes**
**Dra. Teresa Cristina Ollero Rodríguez**

**Vocal de Almería**
**Dra. Elisabet Fernández Martín**

**Vocal de Cádiz**
**Dra. Rosa María Pérez López**

**Vocal de Córdoba**
**Dr. Rafael Damián García**

**Vocal de Granada**
**Dra. Isabel María Sánchez Martínez**

**Vocal de Huelva**
**Dra. María Oliva Márquez**

**Vocal de Jaén**
**Dra. Mariana Cantarero Ortiz**

**Vocal de Málaga**
**Dra. Silvia Rodríguez Moreno**

**Vocal de Sevilla**
**Dr. José Manuel Carvajal Jaén**

**Vocal de Sevilla**
**Dra. Marina Angélica Dionisio Flores**

**Correspondencia Científica:**
secretariaandalucia@semergen.es
Tel. 699 626 586

**Editor:** SEMERGEN Andalucía
**Formato:** Digital
**ISSN:** 2254 – 4410 Año 15 Vol. 15 Marzo 2026
*©Copyright 2026 SEMERGEN Andalucía*
*Reservados todos los derechos.*
El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito de los titulares del Copyright.
A los efectos previstos en el artículo 32.1, párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de la Revista Andaluza de Atención Primaria con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.
Cualquier acto de explotación de la totalidad o parte de las páginas de Revista Andaluza de Atención Primaria con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales necesitarán oportuna autorización.

# Editorial

## El reencuentro con nuestra esencia: ciencia, comunidad y compromiso, en el 21º Congreso SEMERGEN Andalucía

La Atención Primaria no es solo el primer punto de contacto con el paciente; es el marco que garantiza la equidad, la sostenibilidad y la atención integral dentro del sistema sanitario.

Bajo esta premisa, Torremolinos se convirtió, del 16 al 18 de abril de 2026, en el centro de la Atención Primaria andaluza con la celebración de nuestro 21º Congreso de SEMERGEN Andalucía. Un encuentro que ha reunido a más de 700 médicos de familia y profesionales sanitarios, decididos a reivindicar el valor de nuestra especialidad, mediante el rigor científico y el encuentro profesional y humano.

Esta edición ha destacado por un programa sólido y ambicioso y, sobre todo, profundamente conectado a la realidad de nuestras consultas.

A través de una estructura dinámica de módulos de 90 minutos y metodologías participativas, el congreso desplegó una completísima oferta docente con 38 talleres prácticos, 10 seminarios y 3 mesas de actualización y foros de debate.

El núcleo científico de estas jornadas puso el foco en los grandes retos de la práctica diaria. Abordamos el manejo de las enfermedades crónicas, revisamos estrategias que garantizan la seguridad del paciente, desarrollamos actividades para todas las edades y fases de la salud y la enfermedad, profundizamos en áreas de altísima demanda como la salud mental y la dermatología clínica y debatimos sobre educción sanitaria y salud pública.

Apostamos también por elevar nuestra capacidad resolutiva. La elevada demanda en los talleres prácticos orientados al manejo de la ecografía, infiltraciones, espirometrías y técnicas diagnósticas, sumados al intenso entrenamiento en simulación clínica para urgencias y patologías tiempo-dependientes, demostraron que el médico de familia andaluz busca respuestas efectivas para situaciones críticas.

Algunas actividades han mostrado a nuestros congresistas que el futuro ya está aquí, como han podido comprobar con algunos espacios sumamente innovadores, como el Aula de Inteligencia Artificial aplicada a la clínica y las dinámicas sesiones Rocket Pitch, centradas en clarificar el impacto de la medicina genómica y de precisión en patologías prevalentes como la diabetes o la obesidad.

A este impulso tecnológico se unió una de las mayores señas de identidad de SEMERGEN: el fomento de la investigación. La elevada presentación de proyectos, comunicaciones orales y e-pósteres —evaluados minuciosamente por pares por nuestro Comité Científico— reafirma que la Atención Primaria continúa generando conocimiento de calidad. Es un especial motivo de orgullo ver la implicación de nuestros médicos residentes, que garantizan el relevo generacional y la salud científica de nuestra profesión.

Más allá de los datos y las cifras, este congreso ha dejado una profunda huella humana y colaborativa. Entendemos la salud desde un prisma biopsicosocial y, por ello, abrimos las puertas a la multidisciplinaridad, integrando en los equipos docentes a profesionales de enfermería, farmacia, fisioterapia, podología y médicos especialistas hospitalarios. Solo mediante modelos de colaboración bidireccional, como los planteados para el seguimiento del paciente oncológico o la detección de la enfermedad renal crónica, lograremos una verdadera continuidad asistencial.

Esa visión humanista se trasladó también a la comunidad. Actividades como el cinefórum precongresual sobre infecciones de transmisión sexual, el emotivo reconocimiento a la Confederación Andaluza de Alzheimer (CONFEAFA) con el Premio de Atención Primaria, y nuestro apoyo solidario a la Fundación CUDECA, nos recuerdan que la medicina de familia siempre tiene como principio y fin a las personas.

No podemos obviar la relevancia institucional de este encuentro.

Durante el Acto Inaugural, que contó con la presencia del consejero de Sanidad, Presidencia y Emergencias de la Junta de Andalucía, el Excelentísimo Sr. D. Antonio Sanz Cabello, recordé la histórica trayectoria de cooperación de SEMERGEN Andalucía con la administración. Una colaboración materializada en la elaboración de guías y protocolos, la participación en comisiones técnicas y grupos de trabajo, y en todo aquello para lo que se ha solicitado nuestra ayuda.

Esa lealtad institucional nos legitima para reivindicar, sin que se pueda dudar de nuestra intención constructiva, la necesidad de prestigiar la medicina de familia, de fortalecer las condiciones de los profesionales y de incorporar la voz del médico de familia en la toma de decisiones organizativas y en la evaluación de la transformación sanitaria.

Cerramos este 21º Congreso con la satisfacción de haber compartido ciencia, afianzado redes de colaboración y, sobre todo, haber vuelto a conectar con el orgullo de nuestra profesión. Nos despedimos un año más con la certeza de que la Atención Primaria es el pilar sobre el que se sostiene la salud de Andalucía.

Nos vemos en el próximo encuentro.

**Dra. Ana Cabrerizo Carvajal**
*Presidenta de SEMERGEN Andalucía*

# PROGRAMA CIENTÍFICO

## Jueves 16 de abril

### 16:30-18:00H. SESIÓN ROCKET PITCH. MEDICINA DE PRECISIÓN EN 15 MINUTOS

*Sala Almudaina*

- ***Cuando la infección elige al huésped***

**Ponente:**

> **Dra. Raquel Alfaro Greciano**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Cádiz. Miembro del GT de Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.*

- ***El gen dulce***

**Ponente:**

> **Dr. Enrique José Gamero de Luna**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Coordinador del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.*

- ***¿Necesitamos un score para vacunas?***

**Ponente:**

> **Dra. Raquel Alfaro Greciano**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Cádiz. Miembro del GT de Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.*

- ***La genética también prescribe***

**Ponente:**

> **Dr. Enrique José Gamero de Luna**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Coordinador del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.*

- ***El futuro no es tratar enfermedades... es entender personas. Y el futuro ya está aquí***

### 16:30-18:00H. TALLER. MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. SESIÓN 1

*Sala Mijas*

Descripción

- ***Taller URM***

**Ponentes:**

> **Dra. Amalia Lara Carvajal**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhama de Granada. Granada.*

> **Dra. Paula Merino Barriuso**
*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga. Miembro del GT de Otorrinolaringología de SEMERGEN.*

### 16:30-18:00H. TALLER. SÍNTOMAS UROLÓGICOS FRECUENTES SIN SOBREMEDICACIÓN

*Sala Mallorca*

Descripción

- ***Taller URM***

**Ponentes:**

> **Dr. Fernando Herrera Víquez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tolosa Latour. Chipiona. Cádiz. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.*

> **Dr. Álvaro Romero Lerma**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Alhama. Granada. Miembro de los GGTT de Respiratorio y Nefrourología de SEMERGEN.*

### 16:30-18:00H. TALLER. URTICARIA Y ANAFILAXIA EN EL CENTRO DE SALUD. ROMPAMOS INERCIAS Y ERRORES DE TRATAMIENTO. SESIÓN 1

*Sala Marbella*

Descripción

- ***Taller URM***

**Ponentes:**

> **Dr. Rafael Damián García**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. UGC Lucano. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN. Vocal provincial de Córdoba de SEMERGEN Andalucía.*

> **Dra. Isabel María Sánchez Martínez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Miembro del GT Dermatología. Vocal de Granada SEMERGEN Andalucía.*

### 16:30-18:00H. DEFENSA DE COMUNICACIONES PÓSTER

*e-Poster*

### 18:00-19:30H. SEMINARIO INTERDISCIPLINAR CON PODÓLOGOS. ONICOMICOSIS, UÑAS ENCARNADAS Y MUCHO MÁS: LO FRECUENTE, LO COMPLEJO Y LO QUE NO DEBES OLVIDAR

*Sala Mijas*

Descripción

- ***Sesión interdisciplinar de patología ungueal del pie***

**Ponentes:**

> **Dr. Pedro José Chamizo Trujillo**
*Podólogo. Vocal del Colegio de Podólogos de Málaga.*

> **Dra. María Cristina Lupiáñez Ramírez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colmenar. Distrito Málaga-Axarquía. Málaga..*

## 18:00-19:30H. TALLER. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR CON CABEZA Y CORAZÓN: UN MANEJO PRUDENTE DE ANTIHIPERTENSIVOS

*Sala Almudaina*

Descripción

- *Taller URM*

**Ponentes:**

> **Dra. Paloma Cerezo Sánchez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Alhama. Granada. Miembro del GT de Enfermedades Cardiovasculares de SEMERGEN.*

> **Dr. Omar Flores Soler**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba. Miembro del GT de Enfermedades Cardiovasculares de SEMERGEN.*

## 18:00-19:30H. TALLER. ROTACIÓN O RETIRADA DE ANTIDEPRESIVOS: CUÁNDO, CÓMO Y PARA QUÉ

*Sala Marbella*

Descripción

- *Taller URM*

**Ponentes:**

> **Dr. José Manuel Carvajal Jaén**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares y de Salud Mental y GIS de SEMERGEN. Vocal provincial de Sevilla de SEMERGEN Andalucía.*

> **Dra. Marina Angélica Dionisio Flores**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Montellano. Montellano. Sevilla. Vocal provincial de Sevilla de SEMERGEN Andalucía.*

## 18:00-19:30H. TALLER. ESPIROMETRÍA INTERPRETADA CON CRITERIO CLÍNICO. SIN DIAGNÓSTICO CORRECTO NO HAY TRATAMIENTOS ADECUADOS. SESIÓN 1

*Sala Mallorca*

Descripción

- *Taller URM*

**Ponentes:**

> **Dr. Alberto Carabot Ramírez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro UGC Chiclana-La Banda Padre Salado. Cádiz. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.*

> **Dr. Javier García Panal**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Consultorio El Pósito. Cádiz.*

## 18:00-19:30H. TALLER. CUANDO LO QUE CURA PUEDE MATAR: EFECTOS ADVERSOS GRAVES DE FÁRMACOS HABITUALES

*Sala Menorca*

Descripción

- *Taller URM*

**Ponentes:**

> **Dr. Pablo Panero Hidalgo**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Dúrcal. Granada. Miembro de los GGTT de Respiratorio y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.*

> **Dra. Sara Peña Pérez**
*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga.*

## 18:00-19:30H. DEFENSA DE COMUNICACIONES PÓSTER

*e-Poster*

## 19:45-20:45H. CONFERENCIA INAUGURAL. TU CORAZÓN NO ENTIENDE DE LIKES: LA VERDAD SOBRE EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA ERA DE LAS REDES

*Sala Alhambra*

**Ponente:**

> **Dr. Antonio Aurelio Rojas Sánchez**
*Especialista en Cardiología.*

## 20:45-21:15H. ACTO INAUGURAL

*Sala Alhambra*

## 21:15H. CÓCTEL DE BIENVENIDA

# Viernes 17 de abril

## 08:00-09:00H. DEFENSA DE COMUNICACIONES ORALES

## 09:00-10:30H. TALLER. DERMATOSCOPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL MELANOMA: EL MEJOR TRATAMIENTO. SESIÓN 1

*Sala Alhambra*

Descripción

- *Taller URM*

**Ponentes:**

> **Dra. Aurora Medina Cobos**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Granada. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN. Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes SEMERGEN Andalucía.*

> **Dra. Alma María Ruíz Vela**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Viñuela. Distrito Málaga-Axarquía. Málaga. Miembro de los GGTT de Dermatología y de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.*

## 09:00-10:30H. TALLER. ABORDAJE Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO PSICÓTICO ESTABLE Y EN CRISIS SIN PERDER LOS NERVIOS. SESIÓN 1

*Sala Mijas*

Descripción

- *Taller URM*

**Ponentes:**

> **Dra. Verónica Olmo Dorado**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla. Miembro del GT de Salud Mental de SEMERGEN.*

> **Dra. Mónica Palomino Páez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Montecillos. Dos Hermanas. Sevilla. Miembro del GT de Salud Mental de SEMERGEN.*

## 09:00-10:30H. TALLER INTERDISCIPLINAR CON FISIOTERAPEUTAS. REEDUCAR EL SUELO PÉLVICO: UNA SOLUCIÓN SÓLIDA PARA LA INCONTINENCIA

*Sala Marbella*

Descripción

- *Taller URM*

**Ponentes:**

> **Dra. Elisabet Fernández Martín**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud UGC Berja. Almería. Miembro del GT de Atención a la Mujer de SEMERGEN. Vocal provincial de Almería de SEMERGEN Andalucía.*

> **Sra. Gloria García Muñoz**
*Fisioterapeuta. Hospital Comarcal de la Axarquia. Vélez-Málaga. Málaga.*

## 09:00-10:30H. TALLER. CÓMO LEER LO QUE TE DICE EL CORAZÓN. INTERPRETACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA

*Sala Almudaina*

**Ponentes:**

> **Dr. Pablo Amador Soto**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Cádiz. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares y de Respiratorio de SEMERGEN.*

> **Dra. María Soledad López García**
*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UDMAFYC Distrito Sanitario Poniente de Almería. Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes SEMERGEN Andalucía.*

## 09:00-10:30H. TALLER. DISMINUYE EL RIESGO DE DEPENDENCIA CON SEGURIDAD: DEPRESCRIPCIÓN EN BZD, Z-DRUGS Y ANTICOLINÉRGICOS

*Sala Mallorca*

Descripción

- *Taller URM*

**Ponentes:**

> **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro de los GGTT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente y de Salud Mental de SEMERGEN.*

> **Dª. Ingrid Ferrer López**
*Farmacéutica de Atención Primaría. UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla (intercentros). Distritos Aljarafe, Sevilla Norte y Sevilla. Responsable del Servicio de Uso Racional del Medicamento.*

## 09:00-10:30H. TALLER. MANEJO PRÁCTICO DE LA OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: QUÉ HACER, CUANDO Y CON QUIÉN. SESIÓN 1

*Sala Menorca*

**Ponentes:**

> **Dr. Javier Andrés Vera**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz. Miembro del GT de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.*

> **Dra. Mari Paz Ortigosa**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de San Pedro de Alcántara. Marbella.*

## 09:00-10:30H. DEFENSA DE COMUNICACIONES PÓSTER

*e-Poster*

## 10:45-12:15H. MESA. PROTEGE HOY, CONTROLA SIEMPRE

*Sala Alhambra*

Ponentes:

- **Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Coordinador de los GGTT Respiratorio e IMVAP de SEMERGEN.*
- **Dr. Antonio Hormigo Pozo**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga. Miembro del GT de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.*

## 10:45-12:15H. SEMINARIO. DETECCIÓN DE HIPOACUSIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESCUCHAR PARA ACTUAR A TIEMPO

*Sala Almudaina*

Ponentes:

- **Dra. María Jesús Torrubia Fernández**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Águila. Sevilla. Miembro del GT de Oftalmología y Otorrinolaringología de SEMERGEN.*
- **Dr. Serafín Sánchez Gómez**
  *Presidente de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.*
- **Dra. Cristina Manzanares Arnáiz**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Miembro del GT de Oftalmología y Otorrinolaringología de SEMERGEN. Tesorería Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.*

## 10:45-12:15H. SEMINARIO. PRESENTE Y FUTURO DEL SÍNDROME CARDIORENOMETABÓLICO

*Sala Mijas*

Ponentes:

- **Dr. Javier Andrés Vera**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz. Miembro del GT de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.*
- **Dra. Mónica Martín Velázquez**
  *Nefrología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.*
- **Dr. Cristobal Jesús Morales Portillo**
  *Endocrinología y Nutrición. Hospital Vithas. Sevilla.*

## 10:45-12:15H. TALLER. MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. SESIÓN 2

*Sala Marbella*

Descripción

- *Taller URM*

Ponentes:

- **Dra. Amalia Lara Carvajal**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhama de Granada. Granada.*
- **Dra. Paula Merino Barriuso**
  *Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga. Miembro del GT de Otorrinolaringología de SEMERGEN.*

## 10:45-12:15H. TALLER. DEL SOL QUE DAÑA AL SOL QUE CURA. NUEVOS RETOS EN MANEJO DE QUERATOSIS ACTÍNICAS.

*Sala Ibiza*

Ponentes:

- **Dra. Aurora Medina Cobos**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Granada. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN. Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes SEMERGEN Andalucía.*
- **Dra. Laura del Carmen Andrades Fernández**
  *Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rota. Cádiz. Miembro de los GGTT de Dermatología y Niño y Adolescente de SEMERGEN. Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes SEMERGEN Andalucía.*

## 10:45-12:15H. TALLER. REVISIÓN ESTRUCTURADA DEL PACIENTE POLIMEDICADO EN 10 MINUTOS

*Sala Mallorca*

Descripción

- *Taller URM*

Ponentes:

- **Dra. Silvia Rodriguez Moreno**
  *Medicina Familiar y Comunitaria Distrito Sanitario Málaga Guadalhorce. Directora del Centro de Salud Colonia Santa Inés Teatinos. Vocal provincial de Málaga de SEMERGEN Andalucía.*
- **Sr. Antonio Marchena León**
  *Farmacéutico de Atención Primaria. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano.*

## 10:45-12:15H. TALLER INTERDISCIPLINAR CON FISIOTERAPEUTAS. SALUD ÓSEA SIN EXCESOS. TERAPIAS QUE TIENEN SENTIDO

*Sala Menorca*

Descripción

- *Taller URM*

Ponentes:

- **Dr. Pablo Arjona González**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Axarquía Málaga-Este. Miembro del GT de Aparato Locomotor. Vocal del Área de Comunicación SEMERGEN Andalucía.*
- **Sr. Casimiro Romero Varo**
  *Fisioterapeuta. Clínica Centro Integral. Sevilla.*

## 10:45-12:15H. DEFENSA DE COMUNICACIONES PÓSTER

*e-Poster*

## 12:30-14:00H. SEMINARIO. UNA MIRADA GLOBAL AL PACIENTE CON OBESIDAD: SEMAGLUTIDA COMO PIEDRA ANGULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Sala Almudaina*

**Ponentes:**

- **Dra. Ana Guadalupe Olivares Loro**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Castillo. Sevilla. Miembro del GT de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.*
- **Dr. José Manuel Jiménez Cruz**
  *Medicina Familia y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería.*

## 12:30-14:00H. SEMINARIO. DEL CONTINUO DE LA ANSIEDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA: NUEVAS EVIDENCIAS PARA SU ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Sala Mijas*

**Ponentes:**

- **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro de los GGTT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente y de Salud Mental de SEMERGEN.*
- **Dr. José Ángel Alcalá Partera**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Psiquiatría. Unidad de Salud Mental. Comunitaria Córdoba Sur. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Miembro del GT de Salud Mental de SEMERGEN.*

## 12:30-14:00H. SEMINARIO. SÍNDROME CAREME, ESCRITO CON C Y ESCRITO CON K

*Sala Marbella*

**Ponentes:**

- **Dr. Juan Carlos Aguirre Rodríguez**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny- Velutti. Granada. Miembro del GT de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.*
- **Dra. María José Castillo Moraga**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Endocrinología y Metabolismo y de Nefrourología de SEMERGEN. Miembro de la Junta Directiva de SEMERGEN Andalucía.*

## 12:30-14:00H. TALLER. EL VALOR DE LA INCÓGNITA EN RIESGO VASCULAR

*Sala Ibiza*

**Ponentes:**

- **Dr. José Manuel Carvajal Jaén**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares y de Salud Mental y GIS de SEMERGEN. Vocal provincial de Sevilla de SEMERGEN Andalucía.*
- **Dra. Teresa Cristina Ollero Rodriguez**
  *Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santa Ana. Dos Hermanas. AGS Sur de Sevilla. Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes SEMERGEN Andalucía.*

## 12:30-14:00H. TALLER. ATENCIÓN PRIMARIA EN PROA: LA BRÚJULA PARA ACERTAR CON EL TRATAMIENTO

*Sala Mallorca*

Descripción

- *Taller URM*

**Ponentes:**

- **Sra. Rocio Fernández Urrusuno**
  *Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Coordinadora Científico-Técnica PROA de Andalucía. Sevilla.*
- **Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Coordinador de los GGTT Respiratorio e IMVAP de SEMERGEN.*

## 12:30-14:00H. TALLER. USO DE LA ECOGRAFÍA EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

*Sala Ronda*

**Ponentes:**

- **Dr. David Martín Enguix**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny. Granada. Miembro de los GGTT de Neurología y Medicina Tradicional y Complementaria de SEMERGEN.*
- **Dr. José Antonio Medina Gámez**
  *Neurología. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del GT de Neurología de SEMERGEN.*

## 14:00-16:00H. ALMUERZO DE TRABAJO

****Debido a la capacidad limitada del espacio de almuerzo, el mismo se llevará a cabo en dos turnos de una hora cada uno de 14:00 a 15:00 h. y de 15:00 a 16:00 h. Agradecemos su colaboración.**

## 16:00-17:30H. AULA. INFILTRACIONES. SESIÓN 1

*Sala Gibralfaro*

**Ponentes:**

- **Dr. Pablo Arjona González**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Axarquía Málaga-Este. Miembro del GT de Aparato Locomotor. Vocal del Área de Comunicación SEMERGEN Andalucía.*
- **Dr. Sergio Capilla Díaz**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Villanueva Mesía. Granada. Miembro del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.*
- **Dr. José Manuel Carvajal Jaén**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares y de Salud Mental y GIS de SEMERGEN. Vocal provincial de Sevilla de SEMERGEN Andalucía.*
- **Dr. Pablo Panero Hidalgo**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Dúrcal. Granada. Miembro de los GGTT de Respiratorio y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.*

## 16:00-17:30H. TALLER. DERMATOSCOPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL MELANOMA: EL MEJOR TRATAMIENTO. SESIÓN 2

*Sala Alhambra*

Descripción

● *Taller URM*

**Ponentes:**

- **Dra. Aurora Medina Cobos**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Granada. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN. Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes SEMERGEN Andalucía.*
- **Dra. Alma María Ruíz Vela**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Viñuela. Distrito Málaga-Axarquía. Málaga. Miembro de los GGTT de Dermatología y de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.*

## 16:00-17:30H. TALLER. FÁRMACOS A MEDIDA AL FINAL DE LA VIDA Y MANEJO DE SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS. SESIÓN 1

*Sala Marbella*

Descripción

● *Taller URM*

**Ponentes:**

- **Dra. María Nieves Generoso Torres**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.*
- **Dra. Beatriz Morillo Paramio**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Cuidados Paliativos. Granada.*

## 16:00-17:30H. TALLER. NIÑO CON FIEBRE: CIENCIA Y PRUDENCIA EN EL ABORDAJE Y EL USO DE FÁRMACOS

*Sala Ibiza*

Descripción

● *Taller URM*

**Ponentes:**

- **Dra. Laura del Carmen Andrades Fernández**
  *Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rota. Cádiz. Miembro de los GGTT de Dermatología y Niño y Adolescente de SEMERGEN. Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes SEMERGEN Andalucía.*
- **Dra. Rosa María Pérez López**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Cádiz. Miembro del GT de Niño y Adolescente de SEMERGEN. Vocal provincial de Cádiz de SEMERGEN Andalucía.*

## 16:00-17:30H. TALLER. ESPIROMETRÍA INTERPRETADA CON CRITERIO CLÍNICO. SIN DIAGNÓSTICO CORRECTO NO HAY TRATAMIENTOS ADECUADOS. SESIÓN 2

*Sala Mallorca*

Descripción

● *Taller URM*

**Ponentes:**

- **Dr. Alberto Carabot Ramírez**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro UGC Chiclana-La Banda Padre Salado. Cádiz. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.*
- **Dr. Javier García Panal**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Consultorio El Pósito. Cádiz.*

## 16:00-17:30H. TALLER INTERDISCIPLINAR CON FISIOTERAPEUTAS. FRAGILIDAD Y CAÍDAS: MÁS VALE PREVENIR QUE TRATAR

*Sala Menorca*

Descripción

● *Taller URM*

**Ponentes:**

- **Sra. Inmaculada Arboleda Romero**
  *Fisioterapeuta. Distrito Sanitario Málaga.*
- **Dra. Carmen Rosa Camacaro Irima**
  *Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ogíjares. Granada.*

## 16:00-19:00H. AULA. ECOGRAFÍA ABDOMINAL: INICIACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Sala Ronda*

**Ponentes:**

- **Dr. David Martín Enguix**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny. Granada. Miembro de los GGTT de Oftalmología y Otorrinolaringología, Respiratorio y de Ecografía de SEMERGEN.*
- **Dr. Cristian Montero Peña**
  *Médico de Emergencias 061. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Obesidad y Ecografía Dr. Cristian Montero. Cádiz. Miembro de los GGTT de Respiratorio, de Ecografía y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.*
- **Dra. Macarena Valenzuela de Damas**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Médico Valenzuela. Granada. Miembro del GT de Ecografía de SEMERGEN.*

## 16:00-17:30H. DEFENSA DE COMUNICACIONES PÓSTER

*e-Poster*

## 17:30-19:00H. AULA. INFILTRACIONES. SESIÓN 2

*Sala Gibralfaro*

**Ponentes:**

- **Dr. Pablo Arjona González**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Axarquía Málaga-Este. Miembro del GT de Aparato Locomotor. Vocal del Área de Comunicación SEMERGEN Andalucía.*
- **Dr. Sergio Capilla Díaz**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Villanueva Mesía. Granada. Miembro del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.*
- **Dr. José Manuel Carvajal Jaén**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares y de Salud Mental y GIS de SEMERGEN. Vocal provincial de Sevilla de SEMERGEN Andalucía.*
- **Dr. Pablo Panero Hidalgo**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Dúrcal. Granada. Miembro de los GGTT de Respiratorio y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.*

## 17:30-19:00H. TALLER. VITAMINA D: MÁS HORMONA QUE VITAMINA; DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA

*Sala Almudaina*

**Ponentes:**

- **Dr. Lisardo García Matarín**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Almería. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares, de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente, y de Respiratorio de SEMERGEN.*
- **Dr. José Antonio López Medina**
  *Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.*

## 17:30-19:00H. SEMINARIO INTERDISCIPLINAR CON FISIOTERAPEUTAS. DOLOR CRÓNICO SIN OPIOIDES: ENFOQUE MULTIMODAL

*Sala Mijas*

Descripción

- ***Seminario URM. Viaje de la Neurociencia a la práctica basada en la evidencia.***

**Ponentes:**

- **Dr. Enrique Jesús de Toro Torres**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos.*
- **Sr. Manuel Santos Bermejo**
  *Fisioterapeuta. Unidad del afrontamiento del dolor.*

## 17:30-19:00H. SEMINARIO. SALUD GENITOURINARIA EN LA MENOPAUSIA: EL RETO DE TRATAR LA ATROFIA VULVOVAGINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Sala Marbella*

**Ponentes:**

- **Dr. Daniel Lubián López**
  *Obstetricia y Ginecología. Hospital Quirónsalud. Campo de Gibraltar. Hospital Viamed Bahía de Cádiz. Hospital San Juan Grande. Jerez de la Frontera.*
- **Dª. María del Rosario Blasco Martínez**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. Coordinadora del GT de Atención a la Mujer de SEMERGEN.*

## 17:30-19:00H. CHESTER ICTUS: DESTERRAR MITOS AHORRA MINUTOS Y SALVA VIDAS

*Sala Ibiza*

**Moderadora:**

- **Dra. María José Castillo Moraga**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Endocrinología y Metabolismo y de Nefrourología de SEMERGEN. Miembro de la Junta Directiva de SEMERGEN Andalucía.*

Ponente:

> **Dr. Enrique Martín Riobóo**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Miembro del GT de Enfermedades Cardiovasculares de SEMERGEN.*

## 17:30-19:00H. TALLER. INHALADORES: PERFECCIONA LA TÉCNICA, DISMINUYE LAS CRISIS

*Sala Mallorca*

Descripción

- *Taller URM*

Ponentes:

> **Dra. Virginia González Blanco**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlos Castilla del Pino. Córdoba. Miembro del GT de Respiratorio de SEMERGEN.*

> **Dr. David López Chaves**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada.*

## 17:30-19:00H. TALLER. MANEJO PRÁCTICO DE LA OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: QUÉ HACER, CUANDO Y CON QUIÉN. SESIÓN 2

*Sala Menorca*

Ponentes:

> **Dr. Javier Andrés Vera**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz. Miembro del GT de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.*

> **Dra. Mari Paz Ortigosa**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de San Pedro de Alcántara. Marbella.*

## 17:30-19:00H. DEFENSA DE COMUNICACIONES PÓSTER

*e-Poster*

## 19:00-20:30H. ENTREGA DEL PREMIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

*Sala Alhambra*

# Sábado 18 de abril

## 09:00-10:00H. ACTIVIDAD. A PIE DE OLA: UN RESPIRO PARA MÉDICOS QUE NO PARAN

*Zona Exterior*

Ponente:

> **Dra. Verónica Olmo Dorado**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla. Miembro del GT de Salud Mental de SEMERGEN.*

## 09:00-10:30H. SEMINARIO. DERMATOCOSMÉTICA PARA MÉDICOS QUE NO QUIEREN SER INFLUENCERS

*Sala Alhambra*

Ponentes:

> **Dra. Aurora Medina Cobos**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Granada. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN. Vocal del Área de médicos jóvenes, tutores y residentes SEMERGEN Andalucía.*

> **Dra. Alma María Ruíz Vela**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Viñuela. Distrito Málaga-Axarquía. Málaga. Miembro de los GGTT de Dermatología y de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo de SEMERGEN.*

## 09:00-10:00H. TALLER DE URGENCIAS. CÓDIGO GLUCOSA: DECISIONES CRÍTICAS EN HIPO E HIPERGLUCEMIA. SESIÓN 1

*Sala Gibralfaro*

Ponentes:

> **Dra. Tania Ortiz Puertas**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ogíjares. Granada. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN. Tesorera de SEMERGEN Andalucía.*

> **Dra. Mariana Cantarero Ortiz**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta de Madrid. Andújar.Vocal provincial de Jaén de SEMERGEN Andalucía.*

## 09:00-10:00H. TALLER DE URGENCIAS. DISNEA INESTABLE: MANEJO URGENTE DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. DISPOSITIVOS RESPIRATORIOS. SESIÓN 1

*Sala Almudaina*

Ponentes:

> **Dr. Alejo Gallego Montiel**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Urgencias Atención Primaria Jerez Costa Noroeste. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.*

> **Dr. Pablo Amador Soto**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Cádiz. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares y de Respiratorio de SEMERGEN.*

## 09:00-10:00H. TALLER DE URGENCIAS. ¿CRISIS CONVULSIVA O CRISIS CONVERSIVA?: ACTUACIÓN SISTEMÁTICA EN MINUTOS CRÍTICOS. SESIÓN 1

*Sala Mijas*

**Ponentes:**

- **Dr. Pablo Morocho Malho**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jerez. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.*
- **Dra. Marina Peña Pinto**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.*

## 09:00-10:00H. TALLER DE URGENCIAS. CORAZÓN AL LÍMITE. PARADA CARDIACA: SIMULACIÓN PARA EL ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS. SESIÓN 1

*Sala Marbella*

**Ponentes:**

- **Dr. Francisco Romero Morales**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Emergencias Sanitarias 061 Jaén. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.*
- **Dra. Carmen García Rosado**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga. Miembro de los GGTT Urgencias, Nefrourología y Enfermedades Cardiovasculares de SEMERGEN.*
- **Sr. Francisco Javier Rodríguez Atienza**
  *Enfermería. Técnico Emergencias Sanitarias. Jaén.*

## 09:30-11:00H. AULA. INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA TU DÍA A DÍA COMO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: GOOGLE NOTEBOOKLM

*Sala Ronda*

**Ponentes:**

- **Sra. Elia Almazán Segovia**
  *Documentalista y Consultora de Información Biomédica en Gudinfo.*
- **Sra. Rosario Yebenes**
  *Líder Educación Médica y del programa Aula Lilly. Departamento Médico Lilly.*
- **Dr. Juan Alexander Ávila Rivera**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alozaina. Málaga. Miembro del GT de Innovación Digital en Salud de SEMERGEN.*

## 10:30-12:00H. SEMINARIO. PROYECTO SARENA, UNA REALIDAD PARA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

*Sala Alhambra*

**Ponentes:**

- **Dra. María José Castillo Moraga**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Endocrinología y Metabolismo y de Nefrourología de SEMERGEN. Miembro de la Junta Directiva de SEMERGEN Andalucía.*
- **Dra. María José Espigares Huete**
  *Nefrología. Presidenta de la Sociedad Andaluza de Nefrología (SAN). Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*
- **Sra. Patricia Atalaya López**
  *Enfermería Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.*

## 10:30-11:30H. TALLER DE URGENCIAS. CÓDIGO GLUCOSA: DECISIONES CRÍTICAS EN HIPO E HIPERGLUCEMIA. SESIÓN 2

*Sala Gibralfaro*

**Ponentes:**

- **Dra. Tania Ortiz Puertas**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ogíjares. Granada. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN. Tesorera de SEMERGEN Andalucía.*
- **Dra. Mariana Cantarero Ortiz**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta de Madrid. Andújar.Vocal provincial de Jaén de SEMERGEN Andalucía.*

## 10:30-11:30H. TALLER DE URGENCIAS. DISNEA INESTABLE: MANEJO URGENTE DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. DISPOSITIVOS RESPIRATORIOS. SESIÓN 2

*Sala Almudaina*

**Ponentes:**

- **Dr. Alejo Gallego Montiel**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Urgencias Atención Primaria Jerez Costa Noroeste. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.*
- **Dr. Pablo Amador Soto**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Cádiz. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares y de Respiratorio de SEMERGEN.*

## 10:30-11:30H. TALLER DE URGENCIAS. ¿CRISIS CONVULSIVA O CRISIS CONVERSIVA?: ACTUACIÓN SISTEMÁTICA EN MINUTOS CRÍTICOS. SESIÓN 2

*Sala Mijas*

**Ponentes:**

- **Dr. Pablo Morocho Malho**
  *Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jerez. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.*

> **Dra. Marina Peña Pinto**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.*

## 10:30-11:30H. TALLER DE URGENCIAS. CORAZÓN AL LÍMITE. PARADA CARDIACA: SIMULACIÓN PARA EL ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS. SESIÓN 2

*Sala Marbella*

**Ponentes:**

> **Dr. Francisco Romero Morales**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Emergencias Sanitarias 061 Jaén. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.*

> **Dra. Carmen García Rosado**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga. Miembro de los GGTT Urgencias, Nefrourología y Enfermedades Cardiovasculares de SEMERGEN.*

> **Sr. Francisco Javier Rodríguez Atienza**
*Enfermería. Técnico Emergencias Sanitarias. Jaén.*

## 10:30-12:00H. TALLER. URTICARIA Y ANAFILAXIA EN EL CENTRO DE SALUD. ROMPAMOS INERCIAS Y ERRORES DE TRATAMIENTO. SESIÓN 2

*Sala Ibiza*

Descripción

● *Taller URM*

**Ponentes:**

> **Dr. Rafael Damián García**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. UGC Lucano. Miembro del GT de Dermatología de SEMERGEN. Vocal provincial de Córdoba de SEMERGEN Andalucía.*

> **Dra. Isabel María Sánchez Martínez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Miembro del GT Dermatología. Vocal de Granada SEMERGEN Andalucía.*

## 10:30-12:00H. TALLER. ABORDAJE Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO PSICÓTICO ESTABLE Y EN CRISIS SIN PERDER LOS NERVIOS. SESIÓN 2

*Sala Mallorca*

Descripción

● *Taller URM*

**Ponentes:**

> **Dra. Verónica Olmo Dorado**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla. Miembro del GT de Salud Mental de SEMERGEN.*

> **Dra. Mónica Palomino Páez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Montecillos. Dos Hermanas. Sevilla. Miembro del GT de Salud Mental de SEMERGEN.*

## 10:30-12:00H. TALLER. BIOÉTICA EN EL USO DE MEDICAMENTOS

*Sala Menorca*

Descripción

● *Taller URM*

**Ponentes:**

> **Dra. Julia Rosario Vargas Díez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Centro de Salud Gran Capitán. Granada. Miembro de los GGTT de Comunicación Clínica y de Salud Mental de SEMERGEN.*

> **Dr. Francisco Javier Resa López**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital HESTIA. Madrid. Miembro del GT de Bioética y Humanidades-Medicina Legal de SEMERGEN. Coordinador del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.*

## 11:30-13:00H. AULA. CÓMO HACER PRESENTACIONES CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL

*Sala Ronda*

**Ponentes:**

> **Sra. Elia Almazán Segovia**
*Documentalista y Consultora de Información Biomédica en Gudinfo.*

> **Sra. Rosario Yebenes**
*Líder Educación Médica y del programa Aula Lilly. Departamento Médico Lilly.*

> **Dr. Juan Alexander Ávila Rivera**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alozaina. Málaga. Miembro del GT de Innovación Digital en Salud de SEMERGEN.*

## 12:00-13:30H. MESA. ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE CON CÁNCER: EL HILO QUE NO SE ROMPE. DE LA PREVENCIÓN AL LARGO SUPERVIVIENTE

*Sala Alhambra*

**Moderadora:**

> **Dra. María Rosa Sánchez Pérez**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Área de Tutores de SEMERGEN. Vocal del Área de Relaciones Institucionales de SEMERGEN Andalucía.*

**Ponentes:**

> **Dra. Carmen Beato Zambrano**
*Oncóloga. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Vicepresidenta de la Sociedad Andaluza de Oncología.*

> **Dra. Ana Laura Ortega Granados**
*Oncóloga. Hospital Regional Universitario de Málaga.*

## 12:00-13:00H. TALLER DE URGENCIAS. CÓDIGO GLUCOSA: DECISIONES CRÍTICAS EN HIPO E HIPERGLUCEMIA. SESIÓN 3

*Sala Gibralfaro*

**Ponentes:**

> **Dra. Tania Ortiz Puertas**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ogíjares. Granada. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN. Tesorera de SEMERGEN Andalucía.*

> **Dra. Mariana Cantarero Ortiz**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta de Madrid. Andújar. Vocal provincial de Jaén de SEMERGEN Andalucía.*

## 12:00-13:00H. TALLER DE URGENCIAS. DISNEA INESTABLE: MANEJO URGENTE DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. DISPOSITIVOS RESPIRATORIOS. SESIÓN 3

*Sala Almudaina*

**Ponentes:**

> **Dr. Alejo Gallego Montiel**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Urgencias Atención Primaria Jerez Costa Noroeste. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.*

> **Dr. Pablo Amador Soto**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Cádiz. Miembro de los GGTT de Enfermedades Cardiovasculares y de Respiratorio de SEMERGEN.*

## 12:00-13:00H. TALLER DE URGENCIAS. ¿CRISIS CONVULSIVA O CRISIS CONVERSIVA?: ACTUACIÓN SISTEMÁTICA EN MINUTOS CRÍTICOS. SESIÓN 3

*Sala Mijas*

**Ponentes:**

> **Dr. Pablo Morocho Malho**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jerez. Cádiz. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.*

> **Dra. Marina Peña Pinto**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.*

## 12:00-13:00H. TALLER DE URGENCIAS. CORAZÓN AL LÍMITE. PARADA CARDIACA: SIMULACIÓN PARA EL ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS. SESIÓN 3

*Sala Marbella*

**Ponentes:**

> **Dr. Francisco Romero Morales**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Emergencias Sanitarias 061 Jaén. Miembro del GT de Urgencias de SEMERGEN.*

> **Dra. Carmen García Rosado**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga. Miembro de los GGTT Urgencias, Nefrourología y Enfermedades Cardiovasculares de SEMERGEN.*

> **Sr. Francisco Javier Rodríguez Atienza**
*Enfermería. Técnico Emergencias Sanitarias. Jaén.*

## 12:00-13:30H. TALLER. FÁRMACOS A MEDIDA AL FINAL DE LA VIDA Y MANEJO DE SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS. SESIÓN 2

*Sala Menorca*

● *Taller URM*

**Ponentes:**

> **Dra. María Nieves Generoso Torres**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Miembro del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.*

> **Dra. Beatriz Morillo Paramio**
*Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Cuidados Paliativos. Granada.*

## 13:30-14:00H. ACTO DE CLAUSURA

*Sala Alhambra*

## 14:00H. ALMUERZO DE CLAUSURA

***Para asistir al cóctel/almuerzo de Clausura, debe confirmar de forma online antes de las 13.00 h. del jueves 09 de abril, en le la web del Congreso. Si dicho canjeo no es realizado, no podremos garantizarle plaza en el evento.**

****Importante: La pre-invitación no será aceptada en los accesos al Almuerzo.**

*****Recuerde confirmar su asistencia con una aportación solidaria de 10€.**

# TALLERES

## TALLER. MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

> **Lara Carvajal, A.**
> **Merino Barriuso, P.**

### Introducción

Las urgencias pediátricas constituyen una realidad asistencial a la que puede enfrentarse cualquier médico de familia, tanto en la consulta como en dispositivos de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias. No obstante, suelen generar mayor inseguridad debido a su menor frecuencia en comparación con el paciente adulto y a la elevada carga emocional que conllevan. En este contexto, la identificación precoz del niño grave y la aplicación de una valoración sistemática y estructurada resultan fundamentales para mejorar el pronóstico y la toma de decisiones clínicas.

Este taller se diseñó con un enfoque eminentemente práctico y orientado a situaciones reales de urgencias, abordando las patologías pediátricas más prevalentes y el manejo inicial del paciente pediátrico crítico.

### Objetivos

- Reconocer signos de gravedad en el paciente pediátrico
- Priorizar la atención mediante valoración inicial estructurada (ABCDE)
- Manejar de forma práctica las urgencias más prevalentes
- Mejorar la toma de decisiones y criterios de derivación

### Metodología docente

El taller se desarrolló mediante una metodología interactiva basada en casos clínicos simulados y escenarios habituales. A través de preguntas dirigidas y resolución progresiva de casos, se fomentó la participación activa de los asistentes y el razonamiento clínico práctico.

La actividad combinó contenidos teóricos breves con herramientas de aplicación inmediata en la práctica clínica diaria, haciendo especial énfasis en la evaluación inicial sistemática, la priorización terapéutica y la reevaluación continua del paciente pediátrico.

### Contenido de la actividad

La primera parte del taller se centró en la valoración inicial del paciente pediátrico grave. Se revisó el papel del Triángulo de Evaluación Pediátrica como herramienta rápida de detección de inestabilidad clínica y la importancia de la secuencia ABCDE en el abordaje estructurado del niño crítico. Asimismo, se abordaron aspectos clave de la evaluación secundaria y terciaria.

Posteriormente, se desarrollaron diferentes escenarios clínicos centrados en las principales urgencias pediátricas:

Bronquiolitis aguda: diagnóstico clínico, valoración de gravedad mediante escalas validadas, indicación de oxigenoterapia y medidas de soporte, revisión de tratamientos no recomendados de forma rutinaria.

Laringitis aguda: identificación clínica, evaluación de gravedad mediante escala de Westley. Manejo terapéutico con corticoides y adrenalina nebulizada.

Crisis asmática: evaluación clínica y estratificación de gravedad mediante Pulmonary Score, tratamiento precoz con broncodilatadores inhalados y corticoides sistémicos. Criterios de observación, derivación y alta.

Fiebre: abordaje de la fiebre según edad, diferenciando menores 3 meses, 3-36 meses y mayores 36 meses, basándose en escalas de gravedad para decidir cuándo el manejo es hospitalario o domiciliario.

Convulsión febril: evaluación clínica y tratamiento, basado en antitérmicos y benzodiacepinas.

Dolor abdominal: diferenciación entre dolor abdominal agudo y abdomen agudo y las causas más frecuentes. Manejo del paciente inestable y del dolor. Criterios de ingreso.

Traumatismo craneal: reconocer los pacientes con lesión traumática clínicamente importante y su manejo. Criterios de valoración hospitalaria y recomendaciones al alta.

Anafilaxia: aprender a reconocerla y realizar un tratamiento precoz con adrenalina.

### Bibliografía

- *Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)*

## TALLER. SÍNTOMAS UROLÓGICOS FRECUENTES SIN SOBREMEDICACIÓN

> **Herrera Víquez, F.**
> **Romero Lerma, Á.**

### Introducción

La vejiga hiperactiva constituye un síndrome clínico de elevada prevalencia y notable impacto sobre la calidad de vida, aunque continúa siendo una entidad infradiagnosticada y, en numerosas ocasiones, insu-

ficientemente abordada en la práctica asistencial habitual. Su manejo compete fundamentalmente al médico de Atención Primaria, quien desempeña un papel esencial tanto en la sospecha diagnóstica como en el seguimiento y tratamiento de estos pacientes. Clínicamente, se caracteriza por la presencia de urgencia miccional, generalmente acompañada de aumento de la frecuencia urinaria y nicturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, en ausencia de infección urinaria u otra patología orgánica que justifique los síntomas.

La repercusión funcional y emocional de esta enfermedad es considerable, condicionando limitaciones en la actividad laboral, social y familiar, así como alteraciones del descanso nocturno y deterioro del bienestar psicológico. No obstante, muchos pacientes tienden a normalizar o adaptar sus hábitos de vida a las limitaciones derivadas de la sintomatología, retrasando la consulta médica y perpetuando el infradiagnóstico. En este contexto, resulta imprescindible actualizar los conocimientos sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico de esta patología, con el objetivo de ofrecer una atención integral y mejorar de forma significativa la calidad de vida de los pacientes, finalidad primordial de nuestra práctica clínica diaria.

### Objetivos

Comprender el concepto de vejiga hiperactiva y los principales mecanismos fisiopatológicos implicados en su desarrollo.

Conocer las herramientas diagnósticas disponibles en Atención Primaria para realizar una adecuada evaluación clínica y un correcto diagnóstico diferencial.

Optimizar el manejo terapéutico de la enfermedad, incluyendo medidas higiénico-dietéticas, intervenciones no farmacológicas y tratamiento farmacológico, analizando los mecanismos de acción de los fármacos disponibles y sus posibles efectos adversos.

Favorecer la participación activa de los asistentes con el fin de identificar posibles lagunas de conocimiento y resolver las dudas surgidas durante el desarrollo de la actividad.

Desde una valoración personal, considero que los objetivos planteados fueron alcanzados satisfactoriamente, especialmente en lo referente a la participación e interacción de los asistentes, aspecto fundamental para el adecuado desarrollo de un taller formativo de carácter práctico.

### Metodología docente

La actividad se desarrolló mediante una presentación interactiva estructurada en torno a preguntas dirigidas a los asistentes, con el propósito de estimular el razonamiento clínico, favorecer la participación y mantener una dinámica docente activa a lo largo de la sesión. Asimismo, se empleó una estrategia motivacional sencilla y distendida mediante la entrega de caramelos tipo “Sugus” a quienes intervenían respondiendo a las cuestiones planteadas, independientemente de que la respuesta fuese completamente correcta. Esta metodología permitió disminuir el temor al error, fomentar un ambiente participativo y facilitar el intercambio de conocimientos entre los asistentes.

### Contenido de la actividad

- Concepto.
- Fisiopatología.
- Etiología.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.

## TALLER. CUANDO LO QUE CURA PUEDE MATAR: EFECTOS ADVERSOS GRAVES DE FÁRMACOS HABITUALES

> **Panero Hidalgo, P.**
> **Peña Pérez, S.**

### Introducción

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) constituyen un problema relevante de seguridad del paciente, con impacto significativo en morbimortalidad y utilización de recursos sanitarios. En Atención Primaria, donde se realiza la mayor parte de la prescripción y seguimiento farmacológico, el reconocimiento precoz de las RAM graves es clave para reducir complicaciones. Según estudios como APEAS hasta en un 48.2 % de reacciones adversas en Atención Primaria están relacionadas con la medicación, siendo evitables en un 70.2 %. Estas reacciones pueden pasar desapercibidas o confundirse con la evolución de la enfermedad de base.

### Objetivos:

Generales: Mejorar la capacidad de los médicos de Atención Primaria para identificar y prevenir reacciones adversas graves a medicamentos de uso habitual.

- Específicos: Fomentar cultura de seguridad del paciente Conocer la posibilidad de estar medicalizando reacciones adversas a tratamientos habituales y no enfermedades como tales.

Integrar estrategias de prevención: ajuste dosis según edad, comorbilidad e interacciones farmacológicas.

Familiarizarse con uso de herramientas de farmacovigilancia y notificación de RAM

### Metodología:

El taller se desarrollará mediante:

- Presentación – Introducción de RAM: Conocimiento, riesgos y circunstancias a tener en cuenta antes de iniciar o continuar un tratamiento.
- Casos clínicos interactivos: A través de aplicación informática se desarrollarán diferentes casos clínicos donde se harán preguntas, siendo los asistentes los partícipes en su resolución a partir de sus contestaciones.

## TALLER. DERMATOSCOPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL MELANOMA: EL MEJOR TRATAMIENTO

> **Medina Cobos, A.**
> **Ruíz Vela, A.**

La presentación "Diagnóstico precoz del melanoma: el mejor tratamiento. Dermatoscopia en Atención Primaria" aborda la importancia de la dermatoscopia como herramienta en Atención Primaria. El objetivo principal es mejorar la capacidad diagnóstica de los Médicos de Familia mediante el reconocimiento de patrones dermatoscópicos y la identificación de lesiones que requieran derivación o estudio histopatológico.

La dermatoscopia es una técnica de exploración no invasiva que permite visualizar estructuras no visibles a simple vista. Su principal utilidad radica en aumentar la precisión diagnóstica del melanoma y diferenciar lesiones benignas de malignas. El diagnóstico definitivo siempre corresponde al estudio anatomopatológico, aunque la dermatoscopia mejora considerablemente la sospecha clínica inicial.

Utilizaremos el método diagnóstico en dos etapas. En la primera fase se determina si la lesión es melanocítica o no. Entre los patrones melanocíticos se describen el patrón reticular, globular, en proyecciones, azul homogéneo y el patrón paralelo de surco o cresta en lesiones palmoplantares. Se enfatiza que el patrón en surco suele asociarse a lesiones benignas, mientras que el patrón en crestas puede sugerir malignidad.

En las lesiones no melanocíticas se revisan patrones típicos de dermatofibroma, queratosis seborreica y carcinoma basocelular. El dermatofibroma presenta un retículo fino periférico y una zona central blanquecina o rosada. Las queratosis seborreicas se caracterizan por quistes de milium, tapones córneos y superficie cerebriforme. Ambos son patrones eminentemente benignos.

En el carcinoma basocelular destacan estructuras como áreas en hoja de arce, nidos azul-gris, telangiectasias arboriformes y ulceración. También se subraya la importancia del diagnóstico diferencial de esta lesión debido que es el tumor más frecuente.

Las lesiones vasculares también han de ser valoradas con respecto a sus patrones dermatoscópicos. Se describen vasos glomerulares, arboriformes, puntiformes, en corona, en collar de perlas, lineales irregulares y en horquilla, relacionándolos con patologías específicas como enfermedad de Bowen, hiperplasia sebácea, melanoma, queratosis actínica o carcinoma basocelular. Además, se explica que determinadas combinaciones vasculares y áreas rojo-lechosas pueden orientar hacia melanoma o carcinoma epidermoide.

En la segunda etapa diagnóstica se aplican algoritmos específicos para valorar la sospecha de melanoma. Se revisa el método ABCDE, basado en asimetría, bordes, color, diámetro y evolución de la lesión, junto al "signo del patito feo". También se expone la regla de los 7 puntos de Argenziano, que asigna puntuación a criterios mayores y menores. Una puntuación igual o superior a tres puntos aumenta significativamente la sospecha de melanoma. Asimismo, se expone el algoritmo de los tres puntos de Soyer como herramienta sencilla y útil para Atención Primaria ya que una puntuación superior a 2 puntos nos ha de hacer sospechar de la lesión teniendo 1 punto si existe velo azul blanquecino, asimetría o retículo atípico respectivamente.

En conclusión, la dermatoscopia es una herramienta accesible y de gran utilidad en Atención Primaria para mejorar el diagnóstico precoz del melanoma y otros tumores cutáneos. La identificación sistemática de patrones y el uso de algoritmos diagnósticos permiten aumentar la sensibilidad, optimizar derivaciones y favorecer un tratamiento precoz, mejorando el pronóstico y supervivencia de los pacientes.

## TALLER. ABORDAJE Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO PSICÓTICO ESTABLE Y EN CRISIS SIN PERDER LOS NERVIOS

> **Olmo Dorado, V.**
> **Palomino Páez, M.**

Contexto: La intervención temprana y el "cuidado coordinado" (modelo multidisciplinar con manejo farmacológico + intervenciones psicosociales + gestión de casos) es superior al tratamiento habitual, por lo que detectar pronto, iniciar medidas de seguridad/

contención clínica y activar circuitos de intervención temprana reduce duración de psicosis no tratada y eventos agudos. Tras una crisis/alta, el riesgo de desenlaces graves es alto y exige seguimiento muy activo, el seguimiento longitudinal y el puente postcrisis (contacto temprano, vigilancia de riesgo, adherencia, consumo de sustancias, determinantes sociales) es un componente de seguridad. En este contexto la Atención Primaria (AP) es un punto crítico de acceso y continuidad, si AP no asume activamente el seguimiento, la mayoría queda sin continuidad asistencial tras urgencias. Por otra, el exceso de enfermedad física y mortalidad prematura genera la intervención de AP en este contexto en esquizofrenia: la guía NICE remarca que la mala salud física y las barreras de acceso contribuyen al menor horizonte de vida y que debe haber monitorización de salud física integrada en todas las fases. AP es el entorno natural para cribado cardiometabólico, tabaquismo, vacunación, salud sexual/infecciosa, coordinación de comorbilidades y iatrogenia metabólica por antipsicóticos. La coordinación/gestión de cuidados médicos mejora la calidad de atención física en Trastorno Mental Grave (TMG) y organizar seguimiento protocolizado y coordinación con salud mental impacta en brechas de prevención y comorbilidad. La formación en el manejo del brote psicótico y el seguimiento estructurado del TMG en AP es clave porque mejora resultados clínicos y funcionales, reduce discontinuidad asistencial/rehospitalizaciones, y aborda el exceso de morbimortalidad física asociado a los trastornos psicóticos. ¿Qué debe aportar AP en el brote y en el seguimiento? (enfoque práctico) - En brote psicótico (agudo): priorizar seguridad (suicidio/heteroagresión), descartar causas médicas o inducidas por sustancias, iniciar/ajustar antipsicótico cuando corresponda, y coordinar derivación urgente a recursos de crisis/salud mental; mantener continuidad relacional y plan compartido (la continuidad terapéutica es un elemento crítico de la atención aguda) - En TMG estabilizado (crónico/seguimiento): AP debe sostener adherencia y efectos adversos**, detección de recaída, comorbilidades (especialmente cardiometabólicas), consumo de sustancias, y coordinación bidireccional; el modelo NICE enfatiza que la responsabilidad de la salud física puede pasar a AP tras estabilización y requiere intercambio rápido de resultados entre niveles Objetivo: Capacitar a AP para el manejo del brote y el seguimiento del TMG no es opcional: es una intervención de alto impacto porque mejora continuidad, reduce eventos agudos evitables y aborda la principal causa de exceso de mortalidad (salud física), alineando el cuidado real con lo que demuestran los ensayos y metaanálisis en psicosis temprana y en modelos colaborativos. Metodología Docente: Se explica a través de Power Point y Rol Play, la manera de abordar un brote psicótico y el seguimiento del TMG desde AP. Contenido de la Actividad: Se inicia la actividad con un Rol play en el que entra una persona con un brote psicótico agudo y como el médico intenta contener la situación. Posteriormente se desarrolla el abordaje, tratamiento y posibles complicaciones metabólicas en TMG

## TALLER INTERDISCIPLINAR CON FISIOTERAPEUTAS. REEDUCAR EL SUELO PÉLVICO: UNA SOLUCIÓN SÓLIDA PARA LA INCONTINENCIA

> **Fernández Martín, E.**
> **García Muñoz, G.**

### Introducción:

La disfunción del suelo pélvico constituye un problema de salud frecuente, crónico e infradiagnosticado en Atención Primaria, con una prevalencia que puede alcanzar hasta el 50% en mujeres mayores de 65 años. A pesar de su elevado impacto en la calidad de vida —comparable al de enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión—, sigue existiendo una importante infraconsulta, motivada por la normalización de los síntomas y la falta de cribado activo. Además, se trata de una patología multifactorial que afecta tanto a mujeres como a hombres, especialmente en contextos como el postparto o tras cirugía prostática. Su abordaje precoz desde Atención Primaria resulta clave para evitar la cronificación y mejorar resultados clínicos.

### Objetivos

Objetivo general: Capacitar a los profesionales de Atención Primaria para la detección precoz, valoración inicial y manejo coordinado de la patología del suelo pélvico.

Objetivos específicos: o Reconocer la prevalencia, impacto e infradiagnóstico. o Identificar disfunciones y factores de riesgo. o Realizar una anamnesis dirigida y exploración básica. o Detectar signos de alarma y criterios de derivación. o Aplicar el manejo inicial y educación terapéutica. o Integrar el trabajo interdisciplinar con fisioterapia.

### Metodología docente

Se plantea un taller interdisciplinar teórico-práctico de 90 minutos, estructurado en tres bloques: parte médica, fisioterapia y práctica clínica. Se combinan exposiciones breves con enfoque clínico, revisión de casos reales y participación activa del alumnado. Se incluyen demostraciones prácticas de ejercicios de suelo pélvico, así como introducción al uso de la ecografía trans-

perineal como herramienta complementaria en consulta. El enfoque es eminentemente práctico y orientado a la toma de decisiones en Atención Primaria.

### Contenido de la actividad

El taller aborda, en primer lugar, la magnitud del problema, destacando su alta prevalencia y el importante infradiagnóstico existente. Se revisan las principales disfunciones del suelo pélvico, incluyendo la incontinencia urinaria (de esfuerzo, urgencia y mixta), el prolapso de órganos pélvicos, la incontinencia fecal, el dolor pélvico crónico y la disfunción sexual. Se profundiza en la valoración clínica en Atención Primaria, haciendo especial énfasis en la anamnesis dirigida, el uso del diario miccional y herramientas validadas como el cuestionario ICIQ-SF. Asimismo, se destacan las "red flags" que obligan a descartar patología orgánica y derivación preferente. Desde el punto de vista terapéutico, se subraya el papel del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico como tratamiento de primera línea, respaldado por la evidencia científica. Se describen programas estructurados de ejercicios, educación en hábitos higiénico-dietéticos y estrategias de manejo conservador. El taller incorpora el enfoque fisioterapéutico, abordando la anatomía funcional, la identificación de disfunciones (hipotonía vs hipertonía) y las principales técnicas de rehabilitación. Finalmente, se introduce el papel de la ecografía del suelo pélvico como herramienta accesible, dinámica y complementaria para la valoración funcional en Atención Primaria.

### Bibliografía


- *Frawley HC, et al. BJU Int. 2023.*
- *Dumoulin C, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2018.*
- *European Association of Urology (EAU) Guidelines 2023.*
- *NICE Guideline NG123.*
- *Abrams P, et al. International Continence Society, 2017.*


## TALLER. DISMINUYE EL RIESGO DE DEPENDENCIA CON SEGURIDAD: DEPRESCRIPCIÓN EN BZD, Z- DRUGS Y ANTICOLINÉRGICOS


> **Atienza Martín, F.**
> **Ferrer López, I.**


Las benzodiacepinas son un grupo farmacológico ampliamente utilizado en trastornos de ansiedad e insomnio. Las recomendaciones de las guías de práctica clínica de estos trastornos son unánimes en recomendar su uso por periodos no superiores a las 4-8 semanas dado su limitado efecto terapéutico y su alto potencial de generar dependencia.

Este riesgo de dependencia condiciona que, frecuentemente, se produzca un uso inadecuado de estos fármacos, cronificando su uso con el consiguiente riesgo de efectos adversos. Esto también ocurre con los fármacos Z que tirnrn una indicación de uso en insomnio por periodos cortos.

Bemzodiacepinas y fármacos Z tienen, a largo plazo, efectos adversos importantes como el incremento de riesgo de mortalidad debido al incremento de riesgo, de neumonías. Frácturas de cadera y accidentes de tráfico y, también presentan un riesgo aumentado de trastornos cognitivos y enfermedad de Alzheimer,

El uso inadecuado es más frecuente en personas mayores y en mujeres.

Ante el uso crónico de benzodiacepinas en ansiedad e insomnio, el médico de atención primaria debería plantearse la deprescripción de estos fármacos.

Las guías de deprescripción recomiendan, en primer lugar, establecer cautelas y duración limitada a las nuevas prescripciones e intervenir en las prolongadas. La intervención más eficiente es la que incluye varias intervenciones como:

- Intervenciones educativas con información sobre beneficios y riesgos y recomendación expresa de retirada del fármaco (modelo EMPOWER o BENZOSTOPJUNTOS).
- Retirada gradual del fármaco (Tapering).
- Cambia a benzodiacepinas de duración prolongada y retirada gradual.
- Retirada gradual y uso de otras alternativas farmacológicas y no farmacológicas.

En relación a los anticolinérgicos, el problema está en la utilización, especialmente en paciente pluripatológicos y polimedicados, de múltiples fármcaos con potencial efecto anticolinérgico, con el riesgo de efectos adverso, especialmente el aumento del riesgo de caídas.

En atención primaria se recomienda la evaluación sistemática de la carga anticolinérgica y de la adecuación de los tratamientos mediante procedimientos de revisión de la medicación.

# TALLER INTERDISCIPLINAR CON FISIOTERAPEUTAS. SALUD ÓSEA SIN EXCESOS. TERAPIAS QUE TIENEN SENTIDO

> **Arjona González, P.**
> **Romero Varo, C.**

## 1. CONCEPTO DE SALUD ÓSEA

La salud ósea se define como la correcta conservación de la estructura del hueso y su capacidad funcional, basada en dos pilares fundamentales:

Densidad mineral ósea (DMO)

Resistencia del hueso

No se trata solo de cantidad de hueso, sino de su calidad y capacidad para soportar cargas en la vida diaria.

## 2. OSTEOPOROSIS: DEFINICIÓN E IMPORTANCIA CLÍNICA

La osteoporosis es un trastorno esquelético caracterizado por disminución de masa ósea y deterioro de la microarquitectura, lo que aumenta la fragilidad y el riesgo de fracturas (especialmente vertebrales y de cadera). Aspectos clave:

Es una enfermedad silenciosa ("no duele") hasta que aparece la fractura.

Tiene factores de riesgo:

No modificables: edad, sexo, genética.

Modificables: tabaquismo, bajo peso, sedentarismo, fármacos, etc.

## 3. EVALUACIÓN DEL RIESGO Y DIAGNÓSTICO

El abordaje se basa en combinar:

FRAX: estima el riesgo de fractura a 10 años:

Bajo: <10%

Moderado: 10–20%

Alto: >20%

Densitometría (DXA):

Normal: ≥ -1

Osteopenia: entre -1 y -2,5

Osteoporosis: ≤ -2,5

Osteoporosis establecida: ≤ -2,5 + fractura

Indicaciones de DXA: presencia de múltiples factores de riesgo o combinaciones de riesgo moderado/alto.

## 4. TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

4.1 Prevención primaria

En pacientes sin fractura:

Evaluación del riesgo (edad, FRAX).

Medidas fundamentales:

Estilo de vida (ejercicio, dieta, evitar tóxicos).

Valoración de vitamina D.

Densitometría si procede.

Factores relevantes: inactividad física, bajo IMC, enfermedades endocrinas, fármacos, etc.

4.2 Prevención secundaria (tras fractura)

El tratamiento depende del tipo de fractura y el riesgo:

Primera línea:

Bifosfonatos (alendronato, risedronato)

Alternativas:

Zoledronato IV

Denosumab

Casos graves:

Teriparatida o romosozumab

Aspectos prácticos:

Reevaluación periódica (3–5 años).

Individualización según riesgo y tolerancia.

4.3 Indicaciones específicas

Según etiología:

Postmenopáusica: bifosfonatos o denosumab.

Hombres: zoledronato preferente.

Secundaria a fármacos (glucocorticoides, inhibidores de aromatasa): opciones adaptadas.

Importante:

Denosumab: útil si intolerancia a bifosfonatos, pero cuidado con efecto rebote al suspender.

4.4 Duración y deprescripción

Criterios para suspender tratamiento (página 9):

Objetivo terapéutico alcanzado.

Efectos adversos.

Situaciones de fragilidad extrema o baja esperanza de vida.

Conceptos clave:

Bifosfonatos: pueden permitir "vacaciones terapéuticas".

Denosumab/Teriparatida: NO tienen efecto residual → pérdida ósea rápida si se suspenden.

## 5. ARTROSIS DEGENERATIVA

Se describe como un proceso degenerativo articular con:

Alteración del cartílago

Cambios óseos subcondrales

Sinovitis crónica

Características:

Alta prevalencia y gran impacto funcional.

Diagnóstico principalmente clínico (no precisa imagen en muchos casos).

## 6. TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS

Enfoque escalonado:

Farmacológico

Primera línea: paracetamol

AINEs (tópicos u orales)

Otras opciones:

Capsaicina

Duloxetina (en casos seleccionados)

Opioides → uso limitado por efectos adversos

Intervencionista

Ácido hialurónico: efecto limitado

PRP: evidencia escasa

Corticoides intraarticulares: máximo 3/año

## 7. MENSAJE FINAL

La salud músculo-tendinosa es inseparable de la salud ósea

Es decir:

El enfoque debe ser integral

Priorizar intervenciones con sentido clínico, evitando sobretratamiento

Importancia del ejercicio y el abordaje multidisciplinar (médico + fisioterapia)

Conclusión global

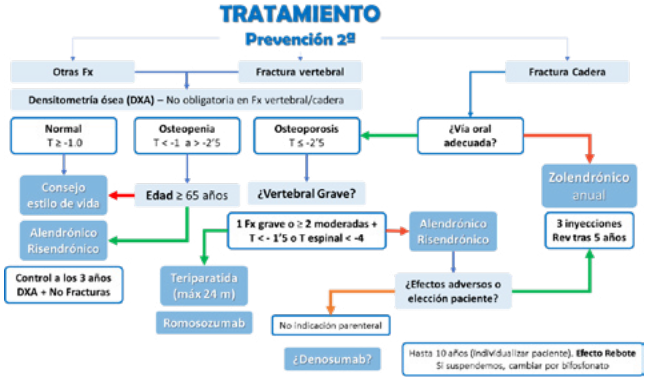
La presentación propone un enfoque práctico y racional de la salud ósea:

Centrado en riesgo real de fractura

Evitando excesos diagnósticos o terapéuticos

Priorizando prevención, estilo de vida y tratamientos individualizados

Integrando la osteoporosis con otros problemas del aparato locomotor como la artrosis




# TALLER. USO DE LA ECOGRAFÍA EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

> **Martín Enguix, D.**
> **Medina Gámez, J.**

## Introducción:

El cálculo del riesgo vascular es una cuestión importante en nuestros pacientes, debido a que nos permite una adecuada indicación de medidas preventivas. A la hora de manejar pacientes desde atención primaria es recomendable calcular el riesgo vascular y tenerlo en mente. En casos de pacientes con riesgo leve o moderado, una valoración ecográfica es una valoración complementaria que ayuda. La ecografía aporta datos de afectación y cambia la clasificación del paciente en caso de encontrar datos de afectación, por lo que es útil para establecer el riesgo real que tiene nuestro paciente para establecer las medidas oportunas desde la consulta de seguimiento ambulatorio.

## Objetivos:

1- Actualizar la estratificación del riesgo cardiovascular y los factores de riesgo en Atención Primaria según las nuevas guías.

2- Conocer las bases anatómicas de la ecografía de carótida y la identificación de patología aterosclerótica.

3- Revisar los objetivos terapéuticos en dislipemia y las indicaciones de tratamiento, incluyendo novedades farmacológicas.

4- Integrar la ecografía carotídea en la toma de decisiones clínicas del paciente con dislipemia.

5- Que la persona asistente sepa emplear la ecografía de forma práctica para valoración del riesgo vascular.

## Metodología docente:

Primera parte con ponencia alternada con casos clínicos. Segunda parte con taller práctico con ecografía para que los asistentes practiquen.

## Contenido de la actividad:

1- Introducción.

2- Relación LDL y eventos vasculares. Una reducción del LDL disminuye la tasa de eventos vasculares.

3- SCORE 2

4- Presentación inicial caso clínico primero.

5- Tratamientos hipolipemiantes. Estatinas, ezetimiba, ácido bempedoico, iPCSK9, inclisirán. Recomendaciones para intervención farmacológica en el manejo del LDL.

6- Finalización del caso clínico primero.

7- Protocolo VASUS y VASUS+. Carótidas, femorales y aorta abdominal, +/- ecocardio.

8- Anatomía carotídea. Segmentos carotídeos, ramas colaterales y ramas terminales.

9- Fundamentos ecografía. Elementos básicos de un ecógrafo. Definición de ultrasonido. Interacción de ultrasonido con tejidos. Definición longitud de onda y frecuencia. Factores que influyen en la transmisión. Factores asociados con la atenuación. Conceptos de reflectividad, impedancia acústica y ángulo de incidencia, Elementos de los transductores. Diferencia entre modo pulsado y modo continuo.

10- Técnica ecografía carotídea. Recomendación valoración troncos supraaórticos. Recomendación de la habitación y de la posición del paciente. Imágenes de ejemplo.

11- Caso clínico segundo.

12- Práctica de los asistentes con ecógrafos.

## TALLER. ATENCIÓN PRIMARIA EN PROA: LA BRÚJULA PARA ACERTAR CON EL TRATAMIENTO

> **Fernández Urrusuno, R.**
> **Ginel Mendoza, L.**

### Introducción (puesta en contexto de la actividad, ¿por qué es importante?)

La resistencia a los antimicrobianos (RAM) constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y representa una amenaza creciente para el manejo de las infecciones tanto en el ámbito hospitalario como comunitario. El incremento de microorganismos resistentes compromete la eficacia de los tratamientos disponibles, incrementa la morbimortalidad asociada a las infecciones y supone un importante impacto sanitario, social y económico.

En este contexto, el ámbito de Atención Primaria (AP) desempeña un papel fundamental, ya que concentra un elevado volumen de prescripción antibiótica y constituye el primer nivel asistencial en el abordaje de la mayoría de las infecciones comunitarias. Una parte relevante del consumo de antibióticos en la comunidad es innecesario o inadecuado, especialmente en infecciones respiratorias de etiología viral y otros procesos autolimitados. Esta situación favorece la selección de resistencias bacterianas e incrementa el riesgo de efectos adversos.

Los Programas de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA) han adquirido una relevancia creciente como estrategia multidisciplinar para promover un uso racional de los antibióticos. La incorporación activa de AP a estas iniciativas resulta esencial para mejorar la calidad de la prescripción y reducir la presión antibiótica en el ámbito comunitario.

Es necesario reforzar la sensibilización de los profesionales de AP en la prevención y control de las resistencias antimicrobianas y proporcionar herramientas basadas en la evidencia que apoyen la toma de decisiones clínicas, fomentando la prescripción prudente de antimicrobianos y promiendo su aplicación a la práctica asistencial habitual.

### Objetivos:

Sensibilizar sobre el problema de la RAM y sus implicaciones prácticas en Atención Primaria; revisar las indicaciones de tratamiento antimicrobiano en los principales síndromes infecciosos comunitarios basados en la Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud (Guía PRAN); y difundir herramientas de consulta disponibles en formato web y aplicaciones móviles.

### Metodología docente:

taller interactivo y participativo, basado en la exposición y resolución de casos clínicos, seguida de discusiones grupales para analizar distintos escenarios clínicos, preguntas guiadas y análisis compartido de experiencias relacionadas con la temática abordada. La dinámica fue moderada por los docentes, quienes facilitaron la participación activa y ofreciendo retroalimentación en tiempo real.

### Contenido de la actividad.

La actividad se centró en el abordaje de las resistencias a los antimicrobianos en la comunidad, destacando el papel clave de la AP como parte de la solución. En este contexto, se revisó el impacto del uso inadecuado de antibióticos en la selección y diseminación de microorganismos resistentes, así como la elevada presión antibiótica y la participación de la AP en los PROA, destacando la necesidad de integrar estrategias PROA en la práctica clínica diaria.

La resolución interactiva de casos clínicos representativos de infecciones frecuentes en la comunidad, principalmente respiratorias, urinarias y odontogénicas permitió identificar situaciones susceptibles de intervención, valorando la necesidad o no de tratamiento antibiótico, la indicación de pruebas complementarias y los criterios de derivación. Asimismo, se identificaron

perfiles de pacientes prioritarios, incluyendo pacientes vulnerables, con infecciones graves o riesgo de complicaciones, personas institucionalizadas en centros sociosanitarios o con antecedentes de colonización o infección por microorganismos multirresistentes.

Las patologías se revisaron considerando los principales patógenos comunitarios y sus problemas de resistencia, analizando su relevancia clínica y epidemiológica en el entorno de AP. Como herramienta de apoyo a la la toma de decisiones clínicas se utilizó la guía del PRAN, facilitando la aplicación práctica de recomendaciones basadas en la evidencia.

Finalmente, se analizaron las consecuencias de los tratamientos antibióticos innecesarios o inadecuados y se establecieron conclusiones aplicables a la práctica clínica diaria, enfatizando la importancia del diagnóstico adecuado, la prescripción prudente y la implicación activa de los profesionales de AP en los PROA.

### Bibliografía


- *Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN). Guía Terapéutica Antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Disponible en: https://www.resistenciaantibioticos.es/es/guia-terapeutica-antimicrobiana-del-sns-salud-humana*


## TALLER. EL VALOR DE LA INCÓGNITA EN RIESGO VASCULAR


> **Carvajal Jaén, J.**
> **Ollero Rodriguez, T.**


### Introducción:

A pesar de la disponibilidad de terapias altamente eficaces para el control de la dislipidemia y la hipertensión, la morbimortalidad cardiovascular persiste como un desafío de salud pública. Este fenómeno se sustenta en dos pilares críticos: la inercia terapéutica por parte del clínico y la baja adherencia por parte del paciente.

### Objetivos:

Analizar la interrelación entre la inercia terapéutica y la adherencia en el manejo del riesgo vascular y proponer estrategias de intervención basadas en la simplificación terapéutica y la intensificación precoz.

### Contenido:

El taller revisa la evidencia actual sobre el impacto del retraso en la intensificación del tratamiento (inercia), que prolonga el tiempo de exposición a los factores de riesgo cardiovascular. Paralelamente, se aborda la adherencia como un factor determinante, influenciado por la complejidad del régimen farmacológico y la percepción de riesgo del paciente. Se analiza el papel de las combinaciones fijas y las nuevas terapias de larga duración como herramientas facilitadoras para vencer ambas barreras simultáneamente, permitiendo alcanzar los objetivos de las guías ESC/EAS de forma más eficiente y sostenida.

### Conclusiones:

El éxito en la reducción del riesgo vascular residual requiere un abordaje dual. Es imperativo que el médico actúe con celeridad ante niveles fuera de objetivo (rompiendo la inercia) y utilice regímenes simplificados que favorezcan el cumplimiento a largo plazo (mejorando la adherencia). Solo mediante la acción conjunta sobre estos dos factores se podrá despejar la "incógnita" del riesgo residual y mejorar el pronóstico del paciente.

### Bibliografía: -


- *Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009 Jun;41(6):342-8. doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.031.*
- *Proyecto ADHER. Libro blanco de la adherencia en España. Madrid; 2022.*
- *Grupo de Trabajo sobre Adherencia Terapéutica. Documento de consenso: una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas. Madrid; 2012.*
- *Almirall. Inercia terapéutica, anticipación e intensificación del tratamiento. Preguntas frecuentes: inercia terapéutica. Barcelona: Almirallmed; 2020.*
- *Navarro Hernández C. La inercia terapéutica en consulta: ¿qué puedo hacer? Diabetes Práctica. 2021;12(04):121-160.10.26322/2013.7923.1505400622.03.*
- *doi: López-Simarro F. Cumplimiento e inercia terapéutica en la diabetes mellitus tipo2. Hipertens Riesgo Vasc. 2012 Jul;29(Supl 1):1-46.*


## TALLER. ROTACIÓN O RETIRADA DE ANTIDEPRESIVOS: CUÁNDO, CÓMO Y PARA QUÉ


> **Carvajal Jaén, J.**
> **Dionisio Flores, M.**

## Introducción:

El tratamiento con antidepresivos constituye una de las estrategias terapéuticas más utilizadas en Atención Primaria para el manejo de los trastornos depresivos y de ansiedad.

Sin embargo, la duración excesiva de los tratamientos, la aparición de efectos adversos, la falta de respuesta terapéutica o la necesidad de adaptar el tratamiento a las características cambiantes del paciente hacen frecuente la necesidad de realizar una retirada o rotación de antidepresivos.

La interrupción inadecuada de estos fármacos puede provocar efectos adversos, recaídas o interacciones farmacológicas relevantes. Del mismo modo, el cambio entre distintos antidepresivos requiere conocer las equivalencias, mecanismos de acción, perfiles farmacocinéticos y estrategias de transición seguras. Por ello, resulta fundamental que los profesionales de Atención Primaria dispongan de herramientas prácticas y actualizadas para abordar estas situaciones de forma segura.

## Objetivos:

- Revisar las principales indicaciones para la retirada o rotación de antidepresivos.
- Identificar los factores de riesgo asociados al síndrome de retirada.
- Conocer las estrategias más seguras para el cambio entre distintos grupos de antidepresivos.
- Mejorar la capacidad de toma de decisiones clínicas en el manejo longitudinal del paciente con trastorno depresivo.
- Facilitar herramientas prácticas aplicables en la consulta de Atención Primaria.

## Metodología docente:

La actividad se desarrolló en formato taller práctico e interactivo, comentando situaciones prácticas, solventando dudas y haciendo discusión grupal. Se utilizó una presentación tipo Power Point con diferentes diapositivas en las que aparecían algoritmos de decisión, tablas comparativas y recursos digitales orientados a la práctica clínica habitual.

Durante el taller se fomentó la participación activa de los asistentes mediante preguntas clínicas, análisis de escenarios frecuentes en consulta y revisión conjunta de estrategias de deprescripción y rotación farmacológica.

## Contenido de la actividad:

El taller abordó los aspectos fundamentales relacionados con la retirada y sustitución de antidepresivos en Atención Primaria. Se revisaron las principales familias farmacológicas, sus mecanismos de acción y las indicaciones clínicas más habituales para plantear un cambio terapéutico.

Asimismo, se analizaron los síntomas asociados al síndrome de retirada, los factores predisponentes y las medidas preventivas recomendadas. Se expusieron distintas estrategias de retirada progresiva y de rotación entre fármacos, incluyendo cambios directos, cruzados y periodos de lavado, prestando especial atención al riesgo de síndrome serotoninérgico e interacciones medicamentosas.

El taller incluyó además herramientas de apoyo para la práctica clínica diaria, tablas de equivalencia y recursos online útiles para la planificación de cambios terapéuticos individualizados.

## Bibliografía y recursos de interés:


- *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra. 2021;29(4):1-23.*
- *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. 2021;13(3).*
- *Abordaje conjunto médico-farmacéutico del paciente con trastorno depresivo.*
- *Guía de actuación SEFAR 2024.*
- *Psychiatrienet – Switch Antidepressants: https://wiki.psychiatrienet.nl/wiki/SwitchAntidepressants*


# TALLER. NIÑO CON FIEBRE: CIENCIA Y PRUDENCIA EN EL ABORDAJE Y EL USO DE FÁRMACOS


> **Andrades Fernández, L.**
> **Pérez López, R.**


## Introducción

La fiebre constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría, tanto en Atención Primaria como en los Servicios de Urgencias. En la mayoría de los casos se asocia a procesos virales autolimitados; sin embargo, en determinados pacientes, especialmente en lactantes pequeños, puede ser la única manifestación de una infección bacteriana potencialmente grave. Esta circunstancia

obliga a realizar una valoración clínica rigurosa, ordenada y basada en la evidencia, en la que la edad, el estado general y la presencia o ausencia de focalidad orienten la toma de decisiones.

Junto a ello, el síndrome febril sigue siendo un motivo habitual de sobreactuación terapéutica y de preocupación familiar. Persisten dudas sobre cuándo solicitar pruebas complementarias, cuándo derivar, cuándo iniciar antibioterapia empírica y cómo utilizar de forma correcta los antitérmicos. También son frecuentes errores en la dosificación, la alternancia innecesaria de fármacos y la transmisión de mensajes poco precisos a las familias. Por ello, esta actividad pretende aportar herramientas prácticas y actualizadas para abordar al niño con fiebre de forma prudente, segura y protocolizada.

## Objetivos

Actualizar el abordaje del niño con fiebre desde una perspectiva clínica y práctica. Reconocer los factores que aumentan el riesgo de infección bacteriana invasiva. Aplicar el manejo protocolizado del lactante febril según grupos de edad, estado general, tira reactiva de orina y biomarcadores. Revisar las indicaciones de observación, derivación, pruebas complementarias y antibioterapia empírica. Reforzar el uso prudente de antitérmicos y mejorar la educación a las familias sobre signos de alarma, reevaluación y administración correcta del tratamiento.

## Metodología docente

Se propone un taller participativo, orientado a la práctica clínica y a la toma de decisiones en escenarios habituales de consulta. Combinará una exposición breve y estructurada de los conceptos fundamentales con discusión de casos clínicos sencillos y frecuentes, apoyados en algoritmos de manejo por edad. La actividad incluirá además una dinámica final tipo quiz por equipos, con preguntas de verdadero y falso, destinada a consolidar conceptos clave, revisar errores frecuentes y favorecer la participación de los asistentes.

## Contenido de la actividad

Definición de fiebre y fiebre sin foco. Importancia de la edad, el estado general y la focalidad en la valoración inicial. Aplicación del Triángulo de Evaluación Pediátrica y reconocimiento de signos de alarma. Manejo protocolizado del lactante febril menor de 60 días y del niño de 2 a 24 meses. Papel de la infección urinaria como principal infección bacteriana en este contexto. Indicaciones de tira reactiva de orina, urocultivo, analítica sanguínea, punción lumbar y radiografía de tórax en situaciones seleccionadas. Uso de biomarcadores y estrategias de estratificación del riesgo. Revisión de la antibioterapia empírica según edad y situación clínica. Principios del tratamiento antitérmico: objetivos, dosis, límites y errores frecuentes. Criterios de alta segura, seguimiento y recomendaciones para las familias.

## Bibliografía o recursos de interés

Fernández-Cuesta Valcarce MA, Morillo Gutiérrez B. Fiebre sin foco en el menor de 3 años. En: Guía-ABE. Infecciones en Pediatría (Internet). [actualizado 3 ene 2025; citado 28 mar 2026]. Disponible en: https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-fiebre-sin-foco-en-el-menor-de-3-anos

Mintegi Raso S, Gómez Cortés B, Velasco Zúñiga R. Lactante febril (Internet). En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría. 4.ª ed. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría; 2024 [citado 28 mar 2026]. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2026/01/11_Lactante_febril_Versio%CC%81nactualizada.pdf

# TALLER INTERDISCIPLINAR CON FISIOTERAPEUTAS. FRAGILIDAD Y CAÍDAS: MÁS VALE PREVENIR QUE TRATAR

> **Arboleda Romero, I.**
> **Camacaro Irima, C.**

## Introducción

Las caídas constituyen uno de los principales síndromes geriátricos en Atención Primaria (AP) y un marcador de vulnerabilidad en la persona mayor. Una de cada tres personas mayores de 65 años sufre al menos una caída al año, con importante repercusión clínica, funcional y social. La fragilidad, por su parte, es un síndrome geriátrico caracterizado por disminución de la reserva fisiológica y mayor riesgo de discapacidad, hospitalización y muerte. Su relevancia radica en que es un estado dinámico y potencialmente reversible si se detecta de forma precoz. Desde AP, la identificación temprana de fragilidad y riesgo de caídas permite intervenir antes de que aparezcan dependencia, fracturas o pérdida de autonomía.

## Objetivos

Actualizar conceptos claves sobre fragilidad y caídas en la persona mayor; facilitar herramientas sencillas de cribado aplicables en consulta; mostrar un modelo

de abordaje interdisciplinar basado en la evidencia; y proponer intervenciones prácticas orientadas a prevenir discapacidad y deterioro funcional.

## Metodología docente

Taller teórico-práctico dirigido a profesionales de AP. Se apoya en el documento de consenso del Ministerio de Sanidad sobre prevención de fragilidad y caídas y en su actualización posterior. Se revisa el circuito asistencial en pacientes mayores de 70 años con índice de Barthel ≥ 90, mediante captación oportunista o activa, cribado de fragilidad y de alto riesgo de caída, y posterior estratificación para reevaluación, intervención específica o valoración geriátrica integral. Se presentan instrumentos útiles en consulta, como SPPB, velocidad de la marcha, Timed Up and Go y escala FRAIL, junto con exploración rápida de ortostatismo, revisión farmacológica y análisis de factores del entorno. Durante la parte práctica del taller se realizará la demostración y ejecución guiada de test funcionales utilizados en la valoración de fragilidad y riesgo de caídas, permitiendo a los asistentes experimentar su aplicación directa en la consulta de AP. El enfoque combina exposición estructurada y resolución de un caso clínico, reforzando su aplicabilidad inmediata y la coordinación entre medicina de familia, fisioterapia, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social.

## Contenido de la actividad

Se desarrollan los conceptos de fragilidad, así como la definición clínica de caída y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. El taller aborda factores intrínsecos, entre ellos alteraciones de la marcha y el equilibrio, debilidad muscular, comorbilidad, hipotensión ortostática y deterioro cognitivo; y factores extrínsecos, como calzado inadecuado, uso incorrecto de ayudas técnicas, mala iluminación, obstáculos o mobiliario inseguro. Se revisan intervenciones con evidencia: ejercicio multicomponente, entrenamiento para levantarse del suelo, corrección de riesgos domiciliarios, revisión de medicación potencialmente inapropiada, intervención nutricional y aprovechamiento de recursos comunitarios. Asimismo, se expone la utilidad de la valoración geriátrica integral para individualizar el plan terapéutico desde las áreas funcional, físico-clínica, mental y sociofamiliar. El taller concluye con un caso clínico de una mujer de 82 años con caídas recurrentes, enlentecimiento, SPPB patológico, TUG prolongado e hipotensión ortostática, que permite integrar el cribado, la toma de decisiones y los criterios de derivación y coordinación.

## Bibliografía o recursos de interés


- *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. 2014.*
- *Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor. 2022.*
- *Wang C, Kim SM. The Otago Exercise Program's effect on fall prevention: a systematic review and meta-analysis. 2025.*


# TALLER. INHALADORES: PERFECCIONA LA TÉCNICA, DISMINUYE LAS CRISIS


> **González Blanco, V.**
> **López Chaves, D.**


## Introducción:

La terapia inhalada es la vía de elección en el tratamiento de enfermedades pulmonares prevalentes como el asma y la EPOC, ya que permite una llegada directa del fármaco al órgano diana con dosis menores y un inicio de acción rápido.

- A pesar de contar con más de 90 dispositivos comercializados en España, la realidad clínica es preocupante: entre el 70% y el 80% de los pacientes cometen errores frecuentes en su uso, una
- cifra que no ha mejorado significativamente en las últimas cuatro décadas.

Esta situación se agrava al observar que solo el 15,5% de los profesionales sanitarios realiza una técnica de inhalación correcta, competencia que además tiende a empeorar con el tiempo.

- Por tanto, es imperativo que el médico de familia perfeccione su conocimiento y capacidad docente para revertir estas cifras, mejorar el cumplimiento terapéutico y disminuir las crisis de sus pacientes.

## Objetivos:

El objetivo principal es capacitar a los profesionales de Atención Primaria en el manejo clínico de los dispositivos de inhalación. De forma específica, se busca: actualizar conocimientos sobre los conceptos de terapia inhalatoria, dominar los criterios de elección del dispositivo más adecuado según el perfil del paciente y perfeccionar la técnica de instrucción para minimizar errores críticos que comprometen la eficacia del tratamiento.

### Metodología docente:

La actividad se estructura bajo un enfoque dinámico y participativo que combina:

Exposición teórica: Revisión de conceptos clave, farmacología y factores que influyen en el depósito pulmonar.

- Casos clínicos: Resolución de escenarios ficticios para aplicar los criterios de elección de dispositivos en la práctica habitual.

## TALLER PRÁCTICO: MANEJO INDIVIDUALIZADO DE LOS DISTINTOS INHALADORES PARA QUE EL DOCENTE PUEDA CORREGIR Y PERFECCIONAR LA TÉCNICA DE LOS ASISTENTES.

- Sesión de debate: Espacio para el intercambio de experiencias y resolución de dudas comunes en consulta.

### Contenido de la actividad:

El taller aborda la complejidad de la terapia inhalada analizando los tres grandes grupos de dispositivos: cartuchos presurizados (pMDI), inhaladores de polvo seco (DPI) y vapor suave (SMI/Respimat). Se profundiza en factores técnicos como el tamaño de partícula, destacando que el rango de 2-5 µm es el óptimo para el depósito en las vías aéreas centrales y pequeñas.

- Se presenta el algoritmo de elección basado en el flujo inspiratorio, la coordinación y las preferencias del paciente, integrando herramientas como el acrónimo RE-VISAD (Valorar experiencia, Inhalador fácil, Similar mecanismo, Adaptado al estilo de vida y Dedicar tiempo al entrenamiento).
- Se enfatiza la detección de errores frecuentes, como no espirar antes de inhalar, la falta de apnea post-inhalación o la mala sincronía en pMDI. Finalmente, se subraya que “el mejor inhalador es el que el paciente puede y quiere usar correctamente”, resaltando la necesidad de simplificar tratamientos y revisar la técnica en cada visita antes de realizar cualquier escalada farmacológica.

### Bibliografía y recursos de interés:


- *GEMA Inhaladores: Terapia inhalada, fundamentos, dispositivos y aplicaciones prácticas.*
- *Guías internacionales GOLD 2026 y GINA 2025.*
- *Plataformas web con recursos audiovisuales: RightBreathe y Asthma UK (inhaler videos).*


## TALLER DE URGENCIAS. CÓDIGO GLUCOSA: DECISIONES CRÍTICAS EN HIPO E HIPERGLUCEMIA


> **Ortiz Puertas, T.**
> **Cantarero Ortiz, M.**


### Introducción:

El conocimiento y manejo de las urgencias hiperglucémicas e hipoglucémicas en el ámbito extrahospitalario constituye una competencia esencial debido a la elevada morbimortalidad asociada a las alteraciones agudas del metabolismo hidrocarbonado y a la necesidad de instaurar medidas terapéuticas precoces antes de la llegada al medio hospitalario. La hipoglucemia, definida generalmente por cifras de glucemia inferiores a 70 mg/dL, representa una urgencia metabólica de instauración rápida que puede provocar neuroglucopenia y activación adrenérgica. Clínicamente puede manifestarse mediante diaforesis, temblor, taquicardia, alteración del nivel de conciencia, desorientación, convulsiones o coma. La identificación precoz y el tratamiento inmediato mediante administración de hidratos de carbono de absorción rápida o glucagón son fundamentales para prevenir daño neurológico irreversible y compromiso vital.

Por otro lado, las urgencias hiperglucémicas, principalmente la cetoacidosis diabética y el estado hiperosmolar hiperglucémico, presentan una evolución más insidiosa, aunque potencialmente letal. Se caracterizan por hiperglucemia severa, deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas y trastornos del equilibrio ácido-base. En el contexto extrahospitalario, el reconocimiento de signos de alarma como poliuria, polidipsia, deshidratación, respiración de Kussmaul, deterioro del estado general o disminución del nivel de conciencia permite activar precozmente el traslado medicalizado e iniciar medidas de soporte.

La adecuada actuación extrahospitalaria permite:

Disminuir la morbimortalidad asociada a las complicaciones agudas de la diabetes mellitus.

- Prevenir secuelas neurológicas derivadas de hipoglucemias graves.
- Reducir la progresión hacia fracaso multiorgánico en crisis hiperglucémicas.
- Optimizar la estabilidad hemodinámica y metabólica del paciente durante el traslado.

- Mejorar el pronóstico clínico y disminuir los tiempos hasta el tratamiento definitivo.

### Objetivos:

Mantener una formación actualizada en monitorización glucémica capilar, valoración neurológica, manejo farmacológico urgente y criterios de derivación hospitalaria, garantizando una atención precoz, segura y eficaz.

### Metodología:

Desarrollo de dos casos clínicos reales simulados por asistentes al taller con desbiefing posterior sobre mejoras y fallos en la actuación sanitaria de los mismos. Para finalizar se expondrá un power point explicativo sobre el manejo de las diferentes situaciones y patologías tratadas.

Para el desarrollo del taller se contará con simulador de ritmo cardiaco, mochilas con material médico necesario en la atención extrahospitalaria, pizarra y pantalla para power point.

## TALLER DE URGENCIAS. DISNEA INESTABLE: MANEJO URGENTE DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. DISPOSITIVOS RESPIRATORIOS

> **Gallego Montiel, A.**
> **Amador Soto, P.**

> **Introducción:**

Para el médico de atención primaria es fundamental disponer de losconocimientos y habilidades necesarias para el abordaje inicial del pacienteque acude a su servicio por disnea. Aplicando la sistemática XABCDE, debeser capaz de identificar a los pacientes críticos, aplicar los recursos ytratamientos que habitualmente se dispone en el medio extrahospitalario paraque en base a un juicio clínico estabilizar al paciente para su posterior trasladoal área de urgencias de hospital, incluyendo la necesidad de activación delServicio de Emergencias Sanitarias 061. En este taller nos hemos centrado enla causa respiratoria de la disnea puesto que otros talleres del aula deurgencias abordaran causas cardiovasculares, metabólicas y neurológicas.

### Objetivos:

Conocer los conceptos: respiración, oxigenación, ventilación,insuficiencia respiratoria, disnea.-Aplicar la sistemática XABCDE en el paciente con insuficienciarespiratoria para identificar los criterios de gravedad y aplicar un soporte vitalavanzado con la activación del Servicio de Emergencias Sanitarias 061.-Conocer la aplicabilidad del concepto SaFi (saturación deoxígeno/fracción de inspiración de oxígeno)-Identificar los dispositivos de oxigenoterapia y/o ventilatorios en funcióndel grado de insuficiencia respiratoria y su causa.-Conocer los dos grandes grupos de causas de insuficiencia repsiratoria:por patología bronquial y por patología alveolointersticial.

### Metodología docente:

Dos escenarios clínicos de simulación donde se comenzara por parte delos dos docentes y un discente de una explicación breve y demostración delabordaje XABCDE en el paciente con disnea. Se continuará, y por equipo detres discentes, la simulación de dos escenarios clínicos (crisis asmática severay la insuficiencia respiratoria aguda por Neumonía de la comunidad) con sudebriefing y feedback estructurado posterior que garantice un manejo seguro yeficaz de paciente con disnea en el entorno de las urgencias extrahsopitalsria.

### Contenido de la actividad

El discente que acudió al taller tuvo la oportunidad de descargarsemediante el escaneo de un qr, un documento elaborado por los docentessobre el contenido teórico tratado en el mismo que también se le facilita a laorganización.

Tal documento incluye conceptos básicos respiratorios (respiración, oxigenación, ventilación, insuficiencia respiratoria, disnea (clasificaciones),diagnostico diferencial de disnea, abordaje XABCDE enfocado al paciente con disnea, concepto y aplicabilidad de la SaFi, dispositivos de oxigenoterapia con sus caractricticas de uso en el paciente con disnea, manejo de la crisis asmática grave y la de crisis vital, manejo de la reagudización de la EPOC con insuficiencia respiratoria grave, manejo de la insuficiencia respiratoria aguda por Neumonía de la Comunidad.

### Bibliografía

- *Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del SUR (NEUMOSUR). Manual de Urgencias Respiratorias (1ºEdición).2024-Ginel Mendoza L, Quintano Jiménez JA, coords.Manejo práctico del paciente con asma. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)Badalona: Akira Healthcare; 2025.-Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Manejo práctico del paciente con EPOC. Badalona: Akira Healthcare; 2025*

## TALLER. BIOÉTICA EN EL USO DE MEDICAMENTOS

> **Vargas Díez, J.**
> **Resa López, F.**

### Introducción

La prescripción farmacológica es uno de los actos clínicos más habituales en Atención Primaria y, paradójicamente, uno de los que con mayor facilidad se realiza de forma automática o bajo presión. Sin embargo, cada receta implica una decisión con dimensiones éticas, clínicas, relacionales y sistémicas que van mucho más allá de la mera elección de un fármaco. En un contexto de polimedicación creciente, influencias externas diversas y escasez de tiempo en consulta, resulta imprescindible dotar a los profesionales de herramientas para afrontar con rigor y conciencia los dilemas éticos que emergen en el día a día de la prescripción.

### Objetivos

La actividad persigue que el médico de Atención Primaria sea capaz de identificar los dilemas éticos presentes en cada etapa del proceso de prescripción, aplicar los cuatro principios clásicos de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) a situaciones clínicas concretas, reconocer y gestionar las presiones externas e internas que condicionan la prescripción, y adoptar un modelo de decisión compartida que respete tanto la autonomía del paciente como la integridad profesional del médico.

### Metodología docente

La actividad se desarrolla mediante una metodología activa y reflexiva. Se parte de preguntas provocadoras dirigidas a la experiencia personal del profesional para activar la reflexión crítica. A continuación, se expone un marco teórico basado en los principios clásicos de la bioética, articulado visualmente a través del llamado "templo conceptual" de la prudencia clínica contextual. El núcleo de la sesión se apoya en cuatro casos clínicos reales y representativos, cada uno acompañado de preguntas de análisis, identificación de valores en conflicto y herramientas prácticas aplicables en consulta. El formato favorece la deliberación, evitando respuestas únicas y promoviendo la capacidad de sostener la incertidumbre con responsabilidad.

### Contenido de la actividad

La sesión aborda primero el proceso de prescripción como una secuencia de cinco etapas (diagnóstico, selección, consentimiento, dispensación y seguimiento), señalando que en cada una puede surgir un dilema ético. Se analizan después los cuatro principios bioéticos aplicados a la prescripción, distinguiendo entre ética de mínimos y ética de máximos, y se contrasta el modelo paternalista con el modelo de decisión compartida, especialmente relevante en Medicina de Familia por el conocimiento del contexto vital del paciente.

Los cuatro casos clínicos trabajan situaciones habituales: la renovación acrítica de una benzodiacepina con dependencia consolidada, el mantenimiento de opioides en dolor crónico no oncológico sin mejoría funcional objetivable, la prescripción de antibióticos ante infecciones virales por presión del paciente, y la prescripción inducida por otro especialista sin indicación clara. Cada caso incorpora herramientas prácticas concretas (preguntas éticas rápidas, regla de la doble responsabilidad, modelo de respuesta en tres pasos) directamente aplicables en la consulta diaria.

### Bibliografía

- *Ruiz Ortega P, Lucena León MI. Ética de la prescripción. Med Fam Andal. 2020; 21 (esp 1): 10-4.*
- *Álvarez Montero S. Prescripción inducida en atención primaria: perspectiva bioética. Aten Primaria. 2012; 44 (29): 62-4.*
- *Carmona de la Morena J. Ética de la prescripción. Rev Clin Med Fam. 2012; 5 (3): 149-50.*
- *Moya Bernal A. Ética de la prescripción. Inf Ter Sist Nac Salud. 2011; 35 (2): 57-63.*

## TALLER. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR CON CABEZA Y CORAZÓN: UN MANEJO PRUDENTE DE ANTIHIPERTENSIVOS

> **Cerezo Sánchez, P.**
> **Flores Soler, O.**

### Introducción:

La transición demográfica y el envejecimiento poblacional han incrementado significativamente el número de personas con presión arterial (PA) elevada a nivel mundial. Actualmente, el enfoque clínico ha evolucionado de la simple observación de una cifra aislada (el tradicional 140/90 mmHg) hacia la evaluación del riesgo cardiovascular global. Es crucial entender que el riesgo de enfermedad cardiovascular es continuo y logarítmico, y que el tratamiento farmacológico puede beneficiar incluso a personas que no cumplen los cri-

terios clásicos de hipertensión si su riesgo total es elevado.

### Objetivos:

El taller persigue seis objetivos docentes fundamentales:

1) diagnosticar con precisión antes de etiquetar;

2) integrar el riesgo cardiovascular y el daño orgánico (HMOD);

3) reconocer causas secundarias y sustancias que elevan la PA;

4) elegir e intensificar el tratamiento con criterios basados en la evidencia;

5) identificar errores comunes como la inercia y la pseudorresistencia;

y 6) simplificar el tratamiento como estrategia de éxito.

### Metodología docente:

La actividad se desarrolla mediante una metodología interactiva que combina la exposición teórica de las últimas guías (ESC 2024, ESH 2023, AHA 2025) con la participación activa de los asistentes a través de herramientas como Mentimeter. Se utilizan casos clínicos reales para aplicar los conceptos de diagnóstico diferencial, interpretación de curvas de MAPA y toma de decisiones en poblaciones especiales.

### Contenido de la actividad:

El taller aborda el cambio de paradigma en las categorías de la PA, introduciendo el concepto de "PA Elevada" (120-139/70-89 mmHg) de la guía ESC 2024, que activa ya una actuación clínica según el riesgo SCORE2. Se profundiza en la importancia de la medición fuera de consulta (AMPA y MAPA) como el "patrón oro" para diagnosticar hipertensión enmascarada o de bata blanca y para evaluar el patrón de dipping nocturno.

En el bloque de tratamiento, se presenta el algoritmo escalonado que prioriza la terapia combinada en un solo comprimido (SPC) desde el inicio para mejorar la adherencia. Se introduce la meta ALARA (As Low As Reasonably Achievable), apuntando a un objetivo sistólico de 120-129 mmHg en la mayoría de los pacientes si es tolerado. Finalmente, se discuten escenarios complejos como el Síndrome Cardio-Reno-Metabólico (CKM), la hipertensión en el embarazo y la necesidad de deprescripción en el anciano frágil, donde la individualización prima sobre los objetivos numéricos estrictos.

### Bibliografía y recursos:


- *Jones DW, et al. 2024 ACC/AHA Guideline for High Blood Pressure. J Am Coll Cardiol. 2024;83(6):e107-e181.*
- *McEvoy JW, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure. Eur Heart J. 2024.*
- *Mancia G, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2023.*
- *KDIGO 2024 CKD Blood Pressure Guideline.*
- *Herramientas recomendadas: Apps ESC CVD Risk Calculation y Nefroconsultor.*


## SESIÓN ROCKET PITCH. MEDICINA DE PRECISIÓN EN 15 MINUTOS


> **Alfaro Greciano, R.**
> **Gamero de Luna, E.**


### Introducción:

La medicina de precisión representa un cambio en el paradigma al permitir una atención centrada en el paciente y no en la enfermedad, adaptando los tratamientos a sus características individuales. En los últimos años, los avances en la identificación fenotípica y genómica han permitido desarrollar intervenciones predictivas, preventivas y terapéuticas más efectivas y seguras.

### Objetivo:

Conocer las aportaciones que la medicina de precisión en diabetes y obesidad.

### Metodología Docente:

Expositiva, con participación del auditorio

### Contenido:

La Medicina de Precisión, basada en el uso de biomarcadores clínicos, fenotípicos y moleculares, permite segmentar la población según características compartidas y seleccionar intervenciones específicas adaptadas a cada individuo. Este enfoque supone un cambio de paradigma hacia una atención centrada en el paciente, con el objetivo de optimizar la eficacia terapéutica y reducir la variabilidad en la respuesta a los tratamientos.

En el caso de la obesidad y la diabetes, las formas monogénicas, aunque poco frecuentes, constituyen un ejemplo claro de aplicación de la medicina de precisión, ya que la identificación de mutaciones concretas facilita tanto el diagnóstico como la elección

de terapias dirigidas. Sin embargo, la mayoría de los casos corresponden a formas poligénicas y multifactoriales, en las que intervienen múltiples variantes genéticas junto con factores epigenéticos, ambientales, socioculturales, conductuales, hedónicos y el microbioma intestinal. Esta complejidad dificulta la identificación de biomarcadores únicos que permitan una estratificación precisa en grupos homogéneos.

A pesar de estas limitaciones, en los últimos años se han desarrollado clasificaciones fenotípicas y genotípicas que permiten identificar subgrupos de pacientes con diferente riesgo metabólico, progresión de la enfermedad y respuesta terapéutica. En diabetes tipo 2, por ejemplo, se han descrito clústeres clínicos que integran variables como la resistencia a la insulina, la función beta pancreática y la adiposidad, facilitando estrategias terapéuticas más individualizadas. Además, se han identificado endofenotipos que relacionan estas enfermedades con otras enfermedades metabólicas y sus consecuencias.

En obesidad, la situación es más complejas y aunque se han descrito distintos perfiles fenotípicos y grados de disfunción del tejido adiposo que contribuyen a la heterogeneidad clínica y al riesgo cardiometabólico, queda aún por conocer rutas fisiopatológicas intermedias que expliquen completamente la variabilidad observada.

## Bibliografía:


- *Deutsch AJ, Ahlqvist E, Udler MS. Phenotypic and Genetic Diversity in Diabetes Across Populations. J Clin Endocrinol Metab. 2025;110(8):2123-33.*
- *Szczerbinski L, Florez JC. Precision medicine of obesity as an integral part of type 2 diabetes management - past, present, and future. Lancet Diabetes Endocrinol. 2023;11(11):861-78.*
- *Zandvakili I, Pulaski M, Pickett-Blakely O. A phenotypic approach to obesity treatment. Nutr Clin Pract. 2023;38(5):959-75.*
- *Ahlqvist E, Storm P, Käräjämäki A, Martinell M, Dorkhan M, Carlsson A, et al. Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2018;6(5):361-9.*
- *Udler MS. Type 2 Diabetes: Multiple Genes, Multiple Diseases. Curr Diab Rep. 2019;19(8):55.*

# SEMINARIOS

## SEMINARIO. DETECCIÓN DE HIPOACUSIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESCUCHAR PARA ACTUAR A TIEMPO

> **Torrubia Fernández, M.**
> **Sánchez Gómez, S.**

### Introducción:

La hipoacusia o pérdida auditiva es una de las discapacidades sensoriales más comunes (10% de los adultos). En mayores, la presbiacusia agrava el aislamiento social, depresión, deterioro cognitivo e incrementa el riesgo de caídas. Los datos nos muestran que la detección de la pérdida auditiva y las derivaciones correspondientes no se llevan a cabo de manera habitual en Atención Primaria.

Es fundamental que se aborden las necesidades de las personas en cuanto a la detección precoz de la hipoacusia (personas de 65 años o menos con factores de riesgo) y de su tratamiento adecuado.

### Objetivos:

- Aprender a realizar una adecuada anamnesis y exploración otológica básica.
- Conocer las pruebas diagnósticas iniciales disponibles en Atención Primaria.
- Presentar el Protocolo para la detección precoz y el abordaje de la hipoacusia de las personas adultas en Atención Primaria y Geriatría.

### Metodología docente:

La actividad se desarrollará mediante una metodología teórica, combinando exposición de contenidos. Se realizará una exposición inicial de los criterios clínicos y procedimientos diagnósticos básicos, seguida de la revisión del protocolo de hipoacusia. Se fomentará la participación activa de los asistentes y el aprendizaje basado en problemas clínicos reales.

### Contenido de la actividad:

La actividad abordará de manera integral el manejo de la hipoacusia en Atención Primaria, haciendo especial énfasis en la importancia de la prevención, la detección precoz y la intervención temprana para minimizar el impacto funcional y social de la pérdida auditiva.

Posteriormente, se trabajará el protocolo de detección precoz de hipoacusia en Atención Primaria, destacando el papel fundamental del cribado y de la sospecha clínica temprana.

## SEMINARIO. DEL CONTINUO DE LA ANSIEDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA: NUEVAS EVIDENCIAS PARA SU ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA

> **Atienza Martín, F.**
> **Alcalá Partera, J.**

Los pacientes con trastornos de ansiedad constituyen un grupo con un alto impacto en términos de demanda asistencial en atención primaria. Estos trastornos se presentan en una amplia gama de pacientes en todas las edades, con un cierto predominio de presentación en mujeres.

Asimismo, tienen una presentación variada en cuanto a la modalidad del trastorno de ansiedad y la intensidad de los síntomas.

Los trastornos más frecuentes en atención primaria son los trastornos por ansiedad no especificados, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno adaptativo con ansiedad y el trastorno de pánico.

En cuanto a la intensidad de los síntomas son muy frecuentes los de intensidad subumbral o leve. Sin embargo, es conocido que un trastorno por ansiedad leve no tratado suele evolucionar a formas más graves.

En relación a las intervenciones terapéuticas, el esquema de tratamientos es escalonado desde intervenciones de baja intensidad hasta intervenciones mes y intensas.

La base del tratamiento es la psicoterapia de corte cognitivo-conductual que puede ir desde intervenciones de baja intensidad como las guías de autoayuda hasta psicoterapias regladas como la terapia cognitiva, la racional emotiva o la terapia de aceptación y compromiso.

Desde el punto de vista de tratamiento farmacológico, el tratamiento de elección son los antidepresivos ISRS aunque, su utilidad en pacientes con trastornos subumbrales o leves es baja.

Pueden utilizarse en tratamientos de duración controlada las benzodiacepinas (no mas de 4 semanas) o los gabaérgicos, dado el riesgo de generar dependencia.

El silexan es un aceite esencial de lavanda que ha demostrado, en ensayos clínicos aleatorizados, su eficacia en los trastornos de ansiedad, incluyendo los pacientes que presentan formas subumbrales o leves.

# SEMINARIO. SÍNDROME CAREME, ESCRITO CON C Y ESCRITO CON K

> **Aguirre Rodríguez, J.**
> **Castillo Moraga, M.**

## Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha dejado de considerarse únicamente una enfermedad metabólica centrada en el control glucémico. Actualmente, el abordaje del paciente con diabetes implica una visión cardiorrenalmetabólica integral, ya que la mayor parte de la morbimortalidad asociada a la DM2 deriva de las complicaciones cardiovasculares y renales. Se estima que hasta el 70% de estos pacientes fallecerán por causas cardiovasculares y aproximadamente uno de cada tres desarrollará enfermedad renal crónica (ERC).

En este contexto surge el concepto de "síndrome CAREME", entendiendo la necesidad de abordar de forma precoz y coordinada el riesgo cardiovascular, renal y metabólico. La actividad "Síndrome CAREME: escrito con C y escrito con K" pretende revisar este nuevo paradigma desde Atención Primaria, diferenciando dos grandes áreas: por un lado, el componente cardiorrenal y metabólico ("C"), y por otro, el manejo de la hiperpotasemia ("K") como barrera frecuente en la optimización terapéutica.

La sesión pone especial énfasis en el papel de dapagliflozina y de los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), recordando que su utilidad no debe limitarse únicamente a pacientes con insuficiencia cardiaca o ERC establecida, sino también a pacientes con DM2 aparentemente "sin complicaciones", pero con elevado riesgo de padecerlas.

## Objetivos

Actualizar el abordaje del paciente cardiorrenalmetabólico en Atención Primaria.

Revisar la evidencia clínica de los iSGLT2, especialmente dapagliflozina, en la prevención cardiovascular y renal.

Reflexionar sobre la necesidad de intervenir precozmente antes de la aparición del daño orgánico.

Integrar las recomendaciones recientes de la guía NICE 2026, y de las de la RedGDPS y SEMFYC en la práctica clínica habitual.

Facilitar herramientas prácticas para la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con DM2.

## Metodología docente

La actividad se basa en una sesión clínica interactiva basada en casos clínicos reales y revisión práctica de la evidencia científica más relevante. Un caso clínico de un paciente con DM2 y múltiples factores de riesgo cardiovascular, representativo del perfil habitual atendido en Atención Primaria será el hilo conductor. A partir de este caso se analizarán diferentes escenarios terapéuticos, promoviendo la participación activa de los asistentes mediante preguntas clínicas orientadas a la toma de decisiones. Asimismo, se revisarán algoritmos sencillos de evaluación rápida del paciente con DM2 ("DM2 en 7 minutos"), centrados no solo en el control glucémico, sino también en la valoración del riesgo cardiovascular, insuficiencia cardiaca y función renal.

## Contenido de la actividad

Durante la sesión se aborda el cambio de paradigma en el tratamiento de la DM2: desde una estrategia centrada exclusivamente en la HbA1c hacia una medicina orientada a prevenir insuficiencia cardiaca, progresión de ERC y mortalidad cardiovascular.

Se revisarán las principales evidencias científicas disponibles sobre dapagliflozina, destacando estudios como DECLARE-TIMI 58 y DAPA-CKD, que demostraron beneficios cardiovasculares y renales incluso en pacientes sin enfermedad cardiovascular establecida y en estadios precoces de daño renal. Incidiendo especialmente en la importancia de actuar antes de que aparezca el deterioro orgánico irreversible.

También se compararán los distintos iSGLT2 disponibles, resaltando que dapagliflozina, empagliflozina y canagliflozina comparten beneficios cardiorrenales, aunque con diferencias en la evidencia clínica según los distintos escenarios.

Finalmente, se presentará un algoritmo práctico de decisión en Atención Primaria para identificar qué pacientes con DM2 podrían beneficiarse del inicio precoz de dapagliflozina: pacientes con insuficiencia cardiaca, ERC, alto riesgo cardiovascular o incluso pacientes sin daño establecido pero con factores de riesgo significativos. El mensaje central de la actividad sería: "no esperar al daño, sino intervenir cuando aparece el riesgo".

## Bibliografía y recursos de interés

- *NICE Guidelines*
- *RedGDPS*
- *SEMFYC*
- *KDIGO Clinical Practice Guidelines*

- *American Diabetes Association*
- *Wiviott SD et al. Dapagliflozin and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2019.*
- *Heerspink HJL et al. Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. N Engl J Med. 2020.*


## SEMINARIO INTERDISCIPLINAR CON FISIOTERAPEUTAS. DOLOR CRÓNICO SIN OPIOIDES: ENFOQUE MULTIMODAL


> **de Toro Torres, E.**
> **Santos Bermejo, M.**


### Introducción

El dolor es una de las patologías más prevalentes en las consultas de atención primaria. Dentro de ellas el dolor crónico no oncológico requiere una espacial atención, ya que para su abordaje requiere un enfoque interdisciplinar complejo que implica el uso responsable de opioides además de la terapia no farmacológica, que es imprescindible en estos casos.

### Objetivos

Identificar precozmente a los pacientes con DCNO y establecer un plan de abordaje interdisciplinar integral.

Optimizar la estrategia terapéutica mediante el uso racional de opioides, garantizando su uso y supervisión en quienes realmente los requieran y promoviendo la deprescripción segura en aquellos que no se beneficien de ellos.

Potenciar el uso de herramientas no farmacológicas, consolidándolas como pilares esenciales para el manejo y el afrontamiento activo de esta compleja condición de salud.

### Metodología docente

La metodología docente de este seminario se basó en el aprendizaje interactivo y la transferencia de experiencias clínicas estructurada en dos fases complementarias mediante soporte audiovisual.

### Contenido de la actividad

La primera parte del seminario consistió en una exposición teórica dinámica, diseñada para fomentar la participación activa de la audiencia y debatir el abordaje global del dolor crónico no oncológico, posicionando el buen uso de los fármacos y especialmente de los opioides en el DCNO.

La segunda parte adoptó un enfoque de estudio de casos y análisis de buenas prácticas, para desgranar la experiencia real y los resultados obtenidos por las unidades de afrontamiento activo ante esta patología. De este modo, se combinó la actualización conceptual participativa con la evidencia práctica para consolidar un aprendizaje significativo y aplicable al entorno profesional.

Finalmente se abrió debate con la audiencia para aclarar conceptos y discutir la aplicabilidad del seminario en nuestra práctica clínica cotidiana.

### Bibliografía:


- *Tauben D, Stacey BR. Enfoque para el manejo del dolor crónico no oncológico en adultos. En: Connor RF, editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): Wolters Kluwer; 2026 [actualizado 12 de enero de 2026; citado 16 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.uptodate.com/. [1, 2, 3]*
- *Montero-Cuadrado F, Barrero-Santiago L, Santos-Bermejo M. Pain revolution in the public health system: Active coping strategies forchronic pain unit. Braz J Phys Ther. 2025 Mar-Apr;29(2):101176. doi: 10.1016/j.bjpt.2025.101176. Epub 2025 Jan 31. PMID: 39892286.*


## SEMINARIO. DERMATOCOSMÉTICA PARA MÉDICOS QUE NO QUIEREN SER INFLUENCERS


> **Medina Cobos, A.**
> **Ruíz Vela, A.**


El Taller de Dermocosmética ofrece una visión práctica y actualizada de la dermocosmética aplicada a Atención Primaria, orientada especialmente a médicos de familia. El objetivo principal es proporcionar herramientas sencillas para recomendar rutinas cosméticas individualizadas según el tipo de piel y las patologías cutáneas más frecuentes.

En primer lugar, se introducen los conceptos básicos de dermocosmética. La dermocosmética se define como el campo que integra productos tópicos con propiedades cosméticas y beneficios sobre la función cutánea, sin llegar a considerarse medicamentos. Se destaca su importancia creciente debido a la elevada demanda de los pacientes y su utilidad como complemento terapéutico. Los cosmecéuticos contienen principios activos con efectos biológicos medibles, aunque con menor potencia que los fármacos.

El médico de Atención Primaria es el primer contacto ante numerosos problemas dermatológicos que producen repercusión clínica y emocional. Para ello, es importante conocer cómo indicar las formulaciones cosméticas (cremas, geles, pomadas, lociones, bálsamos, etc.) según el tipo de piel y la zona corporal.

Uno de los pilares fundamentales abordados es la fotoprotección. La protección solar es la medida cosmética con mayor evidencia científica para prevenir cáncer cutáneo, fotoenvejecimiento e hiperpigmentaciones. Es importante utilizar fotoprotectores de amplio espectro adaptados a cada paciente, ya que ofreceremos distintas formulaciones en niños, piel acneica, rosácea, melasma…

En segundo lugar activos fundamentales que son los hidratantes y los antioxidantes. Los hidratantes se clasifican en humectantes, emolientes, oclusivos y restauradores de la barrera cutánea, destacando ingredientes como ácido hialurónico, ceramidas, glicerina, urea y aceites vegetales. Asimismo, se revisan antioxidantes ampliamente utilizados como vitamina C, niacinamida, vitamina E y ácido ferúlico, beneficiosos en la preservación de la barrera cutánea y reductores del estrés oxidativo.

Posteriormente, abordamos distintas patologías frecuentes. En el acné se los activos más útiles son los retinoides, ácido salicílico, ácido azelaico y niacinamida. En una rutina cosmética básica se incide en limpieza, tratamiento seborregulador y fotoprotección oil-free. En la xerosis y dermatitis atópica insistimos en la reparación de la barrera cutánea mediante emolientes, ceramidas y medidas higiénicas adecuadas.

En cuanto a la rosácea y la piel sensible, destacar ingredientes calmantes y antiinflamatorios, evitando irritantes y perfumes. Para las hiperpigmentaciones y el melasma se revisan despigmentantes como ácido kójico, ácido tranexámico e hidroquinona, además de la necesidad imprescindible de fotoprotección con pigmento.

Finalmente, concluir resaltando los activos con mayor evidencia científica en dermocosmética: retinoides, niacinamida, ácido hialurónico, vitamina C y fotoprotectores, insistiendo en la individualización de las rutinas cosméticas y en la importancia de integrar estos conocimientos en la práctica clínica diaria.

# AULAS

## AULA. ECOGRAFÍA ABDOMINAL: INICIACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

> **Martín Enguix, D.**
> **Montero Peña, C.**
> **Valenzuela de Damas, M.**

Actividad formativa orientada a la iniciación en ecografía abdominal para médicos de atención primaria. Se revisarán los principios básicos de exploración, la sistemática abdominal y los principales hallazgos clínicamente relevantes. El objetivo es dotar al profesional de competencias básicas para incorporar la ecografía en su práctica asistencial diaria.

## AULA. INFILTRACIONES

> **Arjona González, P.**
> **Capilla Díaz, S.**
> **Carvajal Jaén, J.**
> **Panero Hidalgo, P.**

El taller de infiltraciones en extremidades superiores es eminentemente práctico. Durante el desarrollo de este se realizará introducción teórica y posteriormente se procede a la práctica con fantomas o muñecos de simulación clínica avanzada. En la extremidad superior podremos realizar este procedimiento sobre diversas estructuras, en nuestro caso nos centraremos en: hombro, codo y mano-muñeca.

### Conceptos Generales

Es necesario tener el consentimiento informado del paciente (verbal o escrito), explicar al paciente la técnica, sus posibles efectos 2º y las expectativas al realizar dicha técnica. -

### Contraindicaciones:

Absolutas: Infección articular, cutánea o sistémica, psoriasis local, lesión aguda articular u ósea, alergia o hipersensibilidad a alguno de los fármacos utilizados.

- Relativas: infiltraciones repetidas no efectivas, alteraciones de la coagulación, osteonecrosis, prótesis y osteosíntesis, sospecha hemartros, DM o HTA mal controlados, embarazo.

### Materiales necesarios:

Asepsia: es necesario realizar la técnica en las mejores condiciones de asepsia posible. Usaremos un campo estéril, guantes estériles y como antiséptico podremos usar alcohol 70º, povidona yodada o clorhexidina.

- Agujas: Dependerá del tamaño articular, así como el volumen del paciente para decantarnos por el tipo de aguja. Desde agujas subcutáneas hasta intramusculares para las articulaciones más grandes (hombro).
- Anestésico: el principal anestésico disponible será la Mepivacaína 2%, la cual se usará junto con el corticoide en una proporción del 30-40%.
- Corticoides: tendremos 3 presentaciones posibles a utilizar; Triamcinolona (ampollas de 40 mg/ml 1 ml), Betametasona (la presentación comercial lleva una mezcla de acción rápida y acción prolongada. Ampolla de 2 ml) y Dexametasona (como último recurso, en caso de no disponibilidad de las dos primeras, presentadas en ampollas de 1 ml con 4 mg/ml).
- Asimismo, se recuerdan las principales indicaciones de las infiltraciones, entre las que destacan la artrosis, artritis no infecciosa, tendinitis, bursitis y síndrome del túnel carpiano.

### INFILTRACIONES EN MMSS

1. INFILTRACIÓN DEL HOMBRO

a. Articulación Glenohumeral: se detallan tanto la vía anterior como la posterior.

La vía posterior se considera más segura y accesible, ya que permite una mejor orientación anatómica y menor riesgo de lesión neurovascular. La principal vía es la vía posterior: paciente sentado con el hombro descubierto, la referencia anatómica para la infiltración será 1 cm por debajo del borde externo de la espina escapular; usaremos 2 ml de mepivacaina + 2 ml de corticoide con una aguja intramuscular, entrando con la aguja perpendicular a la apófisis coracoides o lateral para el manguito de los rotadores.

b. Bursa Subacromial y T. Supraespinoso: se aborda el tratamiento de procesos relacionados con bursitis o tendinopatías del manguito rotador, especialmente del tendón supraespinoso. La técnica se realiza generalmente por vía lateral, con el brazo en posición neutra o en ligera elevación pasiva. En este caso usaremos una aguja subcutánea o de un tamaño intermedio, deberemos pasar justo inferior al borde del acromion. Usaremos un total de 2 ml (1'5 de corticoide y 0'5 ml de anestésico).

c. Articulación acromioclavicular: se utiliza en procesos degenerativos o inflamatorios a dicho nivel, localizaremos palpando la "muesca" de la articulación y realizare-

mos la infiltración de forma perpendicular con una aguja subcutánea o intermedia. Usaremos un máximo de 1'5 ml con la mezcla de corticoide y anestésico.

2. INFILTRACIÓN DEL CODO

a. Epicondilitis: patología inflamatoria por sobreuso. El procedimiento se realiza con el codo flexionado a 90 grados y la infiltración se dirige hacia el punto más doloroso mediante una técnica en abanico, en la cara lateral del codo. Al ser un espacio pequeño podremos usar un máximo de 1'5 ml de mezcla de corticoide y anestésico.

b. Epitrocleitis: la técnica es similar a la anterior, solo cambia el sitio donde se va a realizar, que en este caso será en la cara interna del codo.

3. INFILTRACIÓN DE LA MANO

a. Síndrome Túnel Carpiano: se recomienda evitar el uso de anestésico para reducir las posibles complicaciones neurológicas sobre el paquete nervioso que pasa por ahí. El punto de infiltración será cubital al tendón del músculo palmar mayor, lo localizaremos al realizar el gesto de pinza entre el 1º y 5º dedo; en el pliegue distal transversal de la muñeca. Usaremos solo 1 ml de corticoide.

b. Rizartrosis: se dirige a la articulación trapecio-metacarpiana que será la que sufra la deformidad artrósica. Localizaremos gracias a referencias anatómicas con la tabaquera anatómica. El paciente presenta la muñeca en pronosupinación con flexión del 1º dedo y debemos localizar la interlínea articular, donde accederemos de forma perpendicular a la piel. Es una técnica dolorosa pero efectiva, por lo que debemos explicar al paciente y acceder al espacio articular con precaución. Al tratarse de un espacio pequeño utilizaremos aproximadamente 0'5 ml de corticoide y 0'2 ml de anestésico.

c. Dedo en resorte: el objetivo de esta técnica es acceder a la polea flexora del dedo correspondiente, mediante una infiltración oblicua accederemos al nódulo del tendón flexor, obteniendo un muy buen resultado. Al tratarse de un espacio pequeño utilizaremos aproximadamente 0'5 ml de corticoide y 0'2 ml de anestésico.

# AULA. INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA TU DÍA A DÍA COMO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: GOOGLE NOTEBOOKLM


- **Almazán Segovia, E.**
- **Yebenes, R.**
- **Ávila Rivera, J.**


## Introducción

La incorporación de la inteligencia artificial (IA) en el ámbito sanitario representa uno de los cambios más relevantes en la práctica clínica actual. En Atención Primaria, donde la presión asistencial, la sobrecarga administrativa y la necesidad de actualización constante forman parte de la actividad diaria, resulta fundamental conocer herramientas que permitan optimizar el tiempo y mejorar la eficiencia sin perder la calidad humana de la atención al paciente. En este contexto, Google NotebookLM surge como una herramienta innovadora basada en IA capaz de ayudar al profesional sanitario en tareas como la organización de información, el análisis de documentos, la elaboración de resúmenes, la preparación de sesiones clínicas y la consulta rápida de contenidos científicos.

La importancia de esta actividad radica en acercar la inteligencia artificial al médico de Atención Primaria desde una perspectiva práctica, accesible y aplicada a situaciones reales de consulta. El objetivo no es sustituir el juicio clínico, sino proporcionar herramientas que faciliten el trabajo diario, reduzcan el tiempo dedicado a búsquedas tediosas y permitan al profesional dedicar más tiempo a la atención integral y personalizada del paciente. Asimismo, la actividad pretende fomentar un uso crítico, ético y seguro de estas tecnologías emergentes dentro del entorno sanitario.

Entre los objetivos principales de la actividad se encuentran: conocer el funcionamiento básico de Google NotebookLM y sus aplicaciones en Medicina de Atención Primaria; aprender a utilizar herramientas de IA para organizar, resumir y consultar información clínica y científica; mejorar la eficiencia en la gestión del conocimiento y la preparación de contenidos médicos sin alucinaciones por IA; identificar las ventajas y limitaciones de la inteligencia artificial en la práctica clínica diaria; y promover el uso responsable y ético de estas herramientas digitales.

La metodología docente estará orientada fundamentalmente al aprendizaje práctico e interactivo. La actividad comienza con una breve introducción teórica sobre inteligencia artificial aplicada a la Medicina y sobre las principales funcionalidades de Google NotebookLM. Posteriormente, aproximadamente el 80 % del tiempo está dedicado a un taller práctico en tiempo real. Cada participante trabaja desde su propio ordenador portátil, utilizando la herramienta de manera individual y guiada por los docentes. Durante las prácticas se resuelven dudas en directo y se desarrollan ejemplos

aplicados a situaciones habituales de Atención Primaria, favoreciendo un aprendizaje dinámico, participativo y adaptado al nivel de cada alumno. Esta metodología busca que los asistentes finalicen la actividad con conocimientos aplicables de forma inmediata a su práctica profesional.

El contenido de la actividad incluye una introducción a la inteligencia artificial generativa, conceptos básicos sobre funcionamiento y seguridad, creación y organización de notebooks en Google NotebookLM, carga y análisis de documentos médicos y científicos, generación automática de resúmenes y esquemas, preparación de sesiones clínicas y materiales docentes, búsqueda inteligente de información dentro de documentos, así como recomendaciones sobre uso ético y protección de datos en el ámbito sanitario.

### Bibliografía


- *[Google NotebookLM]*
- *[Google Workspace Learning Center – NotebookLM]*
- *Organización Mundial de la Salud. Ethics and governance of artificial intelligence for health. Geneva: WHO; 2021.*
- *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Recursos y formación en innovación digital aplicada a Atención Primaria. Grupo de Trabajo Innovación Digital en Salud*


## AULA. CÓMO HACER PRESENTACIONES CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL


> **Almazán Segovia, E.**
> **Yebenes, R.**
> **Ávila Rivera, J.**


### Introducción:

La transformación digital y la incorporación de herramientas basadas en inteligencia artificial (IA) modifican la manera en la que los profesionales sanitarios preparan y comparten el conocimiento científico. En Atención Primaria, la necesidad de elaborar presentaciones docentes, sesiones clínicas, comunicaciones científicas y materiales divulgativos forma parte habitual de la actividad profesional. Sin embargo, la limitación de tiempo y la elevada carga asistencial dificultan en muchas ocasiones la creación de contenidos visuales de calidad. En este contexto, las herramientas de inteligencia artificial aplicadas al diseño y generación de presentaciones permiten optimizar procesos, mejorar la comunicación visual y facilitar la transmisión de información médica de manera más clara, dinámica y eficiente.

La importancia de esta actividad radica en acercar a los médicos de Atención Primaria recursos prácticos y accesibles para crear presentaciones profesionales mediante inteligencia artificial, reduciendo el tiempo de preparación y favoreciendo una comunicación más efectiva tanto en el ámbito docente como asistencial y científico. Asimismo, la actividad permite conocer las posibilidades y limitaciones de estas herramientas, aprendiendo a utilizarlas de forma crítica, ética y adaptada a las necesidades del entorno sanitario.

Los objetivos de la actividad son conocer las principales herramientas de inteligencia artificial orientadas a la creación de presentaciones; aprender a generar contenidos visuales y estructurados de manera rápida y eficiente; mejorar las competencias en comunicación científica y docente; optimizar el tiempo dedicado a la preparación de sesiones y materiales clínicos; y fomentar un uso responsable y seguro de la inteligencia artificial en el ámbito sanitario y académico.

La metodología docente es eminentemente práctica y participativa. La actividad comienza con una breve introducción sobre inteligencia artificial generativa aplicada a la elaboración de presentaciones y comunicación visual en Medicina. Posteriormente, aproximadamente el 80 % del tiempo se dedica a talleres prácticos en tiempo real. Cada participante trabaja desde su propio ordenador portátil siguiendo ejemplos guiados por los docentes y desarrollando sus propias presentaciones durante la sesión. Se fomenta la resolución de dudas en directo, la interacción continua y la aplicación inmediata de los conocimientos adquiridos, favoreciendo un aprendizaje dinámico y adaptado al nivel de experiencia digital de cada alumno.

La actividad incluye una introducción a la inteligencia artificial generativa aplicada al diseño de presentaciones y a los principios básicos de comunicación visual en el ámbito sanitario. También aborda el uso de Gamma para crear presentaciones automáticas a partir de textos y documentos; de Napkin.ai para convertir ideas y contenidos complejos en esquemas visuales; y de Google NotebookLM para organizar, analizar y sintetizar información destinada a materiales docentes y presentaciones científicas. Además, se ofrecen recomendaciones sobre validación de contenidos, revisión crítica de la información generada por IA, derechos de autor y protección de datos en el entorno sanitario.

## Bibliografía


- *[Gamma]*
- *[Napkin AI]*
- *[Google NotebookLM]*
- *[Google Workspace Learning Center – NotebookLM]*
- *Organización Mundial de la Salud. Ethics and governance of artificial intelligence for health. Geneva: WHO; 2021.*
- *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Recursos y formación en innovación digital aplicada a Atención Primaria. Grupo trabajo Innovación Digital.*

# RESULTADOS DE TRABAJOS ORIGINALES

## MÉDICO DE FAMILIA

### 918/21. OPTIMIZANDO EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA: IMPLEMENTACIÓN DE LA INICIATIVA CARABELA-AP EN ANDALUCÍA

**Autores:**

*Castillo Moraga, M.[1], Sánchez Pérez, M.[2], Ortiz Puertas, T.[3], Fons Díaz, A.[4], Gutiérrez, E.[5], Díez García, A.[5]*

**Centro de Trabajo:**

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sanlúcar - Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Ogíjares. Ogíjares. Granada, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba, (5) Departamento Médico AstraZeneca*

**Objetivos**

La iniciativa CARABELA-AP, promovida por las sociedades científicas (SSCC) SEMERGEN, SEMG y SECA, busca optimizar el manejo integral de cinco enfermedades crónicas prevalentes (ECP) en atención primaria (AP) (asma, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica e insuficiencia cardiaca)

**Metodología**

Acorde a la metodología CARABELA, se constituyó un comité con representantes de las 3 SSCC que caracterizó el proceso asistencial para abordar estas 5 patologías y definió indicadores. En 142 centros de salud (CS) a nivel nacional se comparó este proceso ideal con la realidad descrita por los profesionales y se identificaron 37 áreas de mejora y 49 soluciones agrupadas en 6 bloques: tecnología, educación, formación, organización, protocolos y recursos. Se desarrolló un playbook de implementación para analizar la frecuencia e impacto de las áreas de mejora y soluciones en los CS, y recoger indicadores de calidad asistencial.

**Resultados**

en Andalucía, participaron 182 profesionales de 92 CS vinculados a 14 hospitales. El bloque de áreas de mejora más frecuentemente identificado fue el de recursos (27%). En tecnología, se observó ausencia de alertas en la historia clínica (HC), proponiéndose incorporar notificaciones. En educación, destacó la falta de formación a pacientes y cuidadores, sugiriéndose elaborar materiales y sesiones educativas. En la formación de profesionales, se observó carencia sobre el en abordaje y pruebas diagnósticas, planteándose formaciones específicas. A nivel organizativo, destacó la falta, desde enfermería, de formación y de control de la adherencia, proponiéndose implementar un programa específico. En protocolos, se evidenció la ausencia de protocolos estandarizados en la HC para indicar pruebas diagnósticas en pacientes con síntomas compatibles con alguna ECP, sugiriéndose su elaboración. En recursos, se identificó la falta de acceso a Unidades y/u Hospitales de Día para el manejo de pacientes urgentes, sugiriéndose su incorporación en el abordaje de pacientes con ECP

**Conclusiones**

En Andalucía la iniciativa CARABELA-AP propone integrar Unidades y/u Hospitales de Día en el manejo de pacientes urgentes e integrar alertas visuales para notificaciones en la HC como soluciones para mejorar el proceso asistencial. Estos resultados refuerzan la necesidad de definir estrategias, adaptadas a cada centro, que conduzcan a la transformación del sistema sanitario

### 918/26. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y COMORBILIDADES EN MUJERES CON CLINICA DE INFECCION URINARIA ATENDIDAS EN URGENCIAS: IMPLICACIONES PARA ATENCION PRIMARIA

**Autores:**

*Mayo Caballero, M.[1], Carrasco Moreno, A.[2], Arboledas Soriano, S.[3]*

**Centro de Trabajo:**

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrox. Torrox. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benamargosa. Benamargosa. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga*

## Objetivos

Describir las características sociodemográficas y clínicas de mujeres de =14 años con clínica compatible con infección del tracto urinario (ITU) atendidas en el servicio de Urgencias de nuestro hospital durante el año 2023, con el fin de caracterizar esta población y aportar información de utilidad para su manejo en Atención Primaria.

## Metodología

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se incluyeron mujeres de =14 años atendidas en el servicio de Urgencias durante 2023 con clínica sugestiva de infección del tracto urinario, identificadas mediante la revisión de los informes de alta del servicio.

Posteriormente se revisaron las historias clínicas electrónicas para recoger las variables de interés. Las variables analizadas incluyeron edad, lugar de residencia, hábitos tóxicos, comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y otras), antecedentes de infecciones urinarias previas, antibioterapia reciente y tratamiento habitual.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables mediante medidas de tendencia central y frecuencias absolutas y relativas.

## Resultados

Se incluyeron 137 mujeres con una edad media de 47,4 años. La mayoría eran de nacionalidad española y residentes en el área de referencia del hospital.

La mayor parte de las pacientes no presentaban hábitos tóxicos, siendo el tabaquismo el más frecuente entre los registrados. Entre las comorbilidades destacaron la hipertensión arterial, la dislipemia y la diabetes mellitus.

Asimismo, se observó un porcentaje relevante de pacientes con polifarmacia, antecedentes de antibioterapia reciente y episodios previos de sintomatología urinaria recurrente.

## Conclusiones

Las pacientes atendidas por clínica compatible con infección urinaria presentan con frecuencia comorbilidades cardiovasculares y metabólicas, así como antecedentes de antibioterapia reciente y episodios previos de sintomatología urinaria.

El conocimiento del perfil clínico y sociodemográfico de estas pacientes puede resultar útil para la valoración inicial y el manejo de la infección urinaria en Atención Primaria, donde se realiza la mayor parte del seguimiento y tratamiento de estas patologías.

# 918/68. MORTALIDAD POR EPOC EN ANDALUCÍA: SITUACIÓN ACTUAL. ¿QUÉ NOS DICEN LOS DATOS?


## Autores:

*Carabot Ramírez, A.[1], Amador Soto, P.[2], García Matarín, L.[3], Hidalgo Rodríguez, A.[4], Carrión Mayo, H.[5], Roncero Martin, A.[5]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chiclana - La Banda Padre Salado. Chiclana de la Frontera. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chiclana - El Lugar. Chiclana de la Frontera. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cijuela. Cijuela. Granada, (5) Departamento Médico AstraZeneca, España*


## Objetivos

La EPOC constituye una carga sanitaria relevante tanto en Andalucía como en el resto de España, con una prevalencia nacional registrada en adultos del 2,2% según registros de atención primaria de 2023, mostrando mayor afectación en varones y mayores de 65 años. Andalucía, con un dato del 3,7% continúa siendo una de las comunidades autónomas (CCAA) con mayor prevalencia en España. En cuanto a la mortalidad atribuible a la EPOC en esta CCAA, mantiene una tendencia estable o ligeramente ascendente en la última década, y continúa entre las principales causas de muerte e ingreso hospitalario, reflejando el peso del tabaquismo y la multimorbilidad en el territorio. El objetivo es describir la mortalidad por EPOC en España y Andalucía, así como las diferencias provinciales en el año 2023.

## Metodología

Se utilizaron datos públicos disponibles en el Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte y el Instituto Nacional de Estadística, obtenidos en enero de 2026. Se presentaron defunciones y tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes por EPOC (CIE-10: J44) en España y Andalucía, y se calculó la tasa bruta de mortalidad a nivel provincial en el año 2023.

## Resultados

En 2023, se registraron 9.947 defunciones por EPOC en España, de las cuales 1.687 ocurrieron en Andalucía. La tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes fue de 20,72 a nivel nacional y de 19,60 en Andalucía, lo que situó a la comunidad por debajo del promedio estatal. Se observó heterogeneidad entre provincias andaluzas, con un rango de 15,13–30,19; destacando Jaén, Córdoba y Málaga con tasas superiores a la media regional y nacional (Jaén [30,19]; Córdoba [26,99]; Málaga [21,76]; Cádiz [18,15]; Almería [17,20]; Sevilla [16,25]; Granada [15,91]; Huelva [15,13]).

## Conclusiones

En Andalucía, la mortalidad por EPOC es generalmente inferior a la media nacional, pero persiste una prevalencia elevada y una heterogeneidad provincial (especialmente en Jaén, Córdoba y Málaga). Este escenario, pese al buen desempeño asistencial, nos impulsa a seguir intensificando las medidas para reducir exacerbaciones, disminuir prevalencia y consolidar el descenso de la mortalidad, reforzando la prevención, el diagnóstico precoz y la optimización del tratamiento.

# 918/79. ANALIZAR LA PREVALENCIA DE BURNOUT Y DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES, ASÍ COMO SU RELACIÓN CON LA CARGA ASISTENCIAL Y LA PERCEPCIÓN DE APOYO INSTITUCIONAL.


## Autores:

*Arzua Moya, J.[1], Alcaraz Pérez, M.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boiro. Boiro. La Coruña, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña*


## Objetivos

Analizar la prevalencia de burnout y de síntomas de ansiedad y depresión en médicos residentes, así como su relación con la carga asistencial y la percepción de apoyo institucional.

## Metodología

Estudio observacional, descriptivo y transversal mediante encuesta online anónima dirigida a médicos residentes de distintas especialidades y comunidades autónomas. Para estimar una prevalencia con un nivel de confianza del 95 % y una precisión del 5 %, asumiendo máxima indeterminación, se calculó un tamaño muestral mínimo de 384 participantes. Se incluyeron finalmente 537 respuestas válidas. El cuestionario recogió variables sociodemográficas (edad, sexo, especialidad y año de residencia), variables laborales (número de guardias mensuales, carga asistencial percibida, conciliación personal y descanso postguardia) y percepción de apoyo por parte de la unidad docente y de la institución sanitaria. Para la evaluación del burnout se empleó el Maslach Burnout Inventory (MBI), considerando agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Para la detección de sintomatología ansiosa y depresiva se utilizaron las escalas GAD-7 y PHQ-9, respectivamente. Se realizó análisis descriptivo y bivariante, incluyendo comparaciones según sexo y edad.

## Resultados

El 94,8 % de los residentes presentó algún síntoma de burnout, al menos de intensidad leve. Un 62,1 % cumplió criterios de burnout moderado o alto según el MBI, destacando puntuaciones elevadas en agotamiento emocional. Se identificaron síntomas de ansiedad en el 49,3 % de los participantes y síntomas depresivos leves o moderados en el 37,1 %. El burnout fue mayor en residentes con más guardias mensuales, mayor carga asistencial percibida y peor conciliación personal. El 75,6 % de los encuestados refirió apoyo institucional insuficiente, observándose en este grupo mayores niveles de burnout y mayor prevalencia de sintomatología ansioso-depresiva. El análisis por sexo y edad mostró diferencias en la distribución de los síntomas, lo que sugiere una vulnerabilidad desigual entre subgrupos.

## Conclusiones

El burnout y la sintomatología ansioso-depresiva son muy frecuentes en médicos residentes. La carga asistencial, el número de guardias, la conciliación deficiente y la percepción de escaso apoyo institucional se asocian con peor salud mental. Estos hallazgos ilustran la necesidad de implantar medidas estructurales de prevención, apoyo psicológico y mejora de las condiciones formativas

## 918/104. "REDUCIR LO EVITABLE": INTERVENCIÓN DO NOT DO DESDE EL USO ADECUADO DEL MEDICAMENTO EN UNA UNIDAD DE GESTION CLÍNICA


### Autores:

*Castro Martín, E.[1], León Dugo, A.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro de Córdoba. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba*


### Objetivos

GENERAL Analizar indicadores de Uso Adecuado del Medicamento (UAM) de nuestra Unidad de Gestión Clínica (UGC)-Eliminar patrones comunes de prescripción evitable, variabilidad clínica no justificada y desviaciones de gasto (TAFE/PVP)

ESPECIFICOS- Reducir 10–15% prescripciones inadecuadas o evitables en 12 meses, aplicando actuaciones sobre grupos terapéuticos de mayor desviación y variabilidad: IBP/Omeprazol. Escaso uso de metformina en monoterapia frente a combinaciones innecesarias. Estatinas fuera de monoterapia no indicado. Uso elevado de antidepresivos ISRS sin revisión(fluoxetina, citalopram, sertralina). Elevada prescripción de LAMA y LABA/LAMA sin confirmación espirométrica. Exceso de gabapentinoides, opioides mayores y tramadol con variabilidad interprofesional. Incremento significativo de benzodiacepinas (BZD).Antimicrobianos por encima del estándar .Variabilidad en el Indice Calidad Prescripción (ICP) y en desviación del PVP/TAFE. Mejorar la notificación de incidentes relacionados con UAM en plataforma NotificASP de la Estrategia de Seguridad del paciente de Andalucia

### Metodología

Se han realizado líneas de intervención do not do en cada grupos terapéutico de carácter multidisciplinar (Medicina, Enfermería, Farmacéutica referente, Enfermera comunitaria, fisioterapia, psicóloga clínica referente y trabajo social) dada la restricción de palabras se resume a modo ejemplo intervención en Omeprazol Do Not Do: No iniciar omeprazol sin indicación (AAS a dosis bajas, historia de úlcera, AINE de riesgo).No mantener IBP indefinidamente sin revisión trimestral. Intervenciones: Revisiones trimestrales por profesional."Desprescripción piloto" en pacientes con >12 meses sin indicación. Sesiones individualizadas dirección de UGC con profesionales. Informes personalizados comparativos. Sesiones individuales y grupales con auditorias de casos con farmaceútica referente.

### Resultados

Reducción 10–15% IBP. Aumento 20% en metformina en monoterapia.Reducción 15% en BZD. Reducción del 20% en gabapentinoides y tramadol. Reducción 10% prescripción respiratoria inapropiada. Mejora ICP UGC en >8 puntos. Reducción PVP/TAFE en 8–12% . Aumento de notificación de incidentes seguridad del paciente UAM en NotificASP. Mejoran los datos : ICP en profesionales. Antibióticos .Uso de estatinas en monoterapia. Gabapentinoides.

### Conclusiones

Trabajar en seguridad del UAM supone la eliminación de los daños evitables. La UGC lidera objetivos de farmacia del distrito: menor número de prescripciones activas en población ajustada (1,69),reducción PVP/Tafe, y menores tasas de:tramadol sólo o asociado,opioides mayores,antimicrobianos. Este modelo es extrapolable y se cumplen principios de "Do Not Do"

## 918/145. RESISTENCIAS MICROBIANAS DE PATÓGENOS URINARIOS, ACTUACIÓN VS REALIDAD .


### Autores:

*Piedra Ruiz, F.[1], Solano Vázquez, D.[2], Martín Gutiérrez, J.[3], Domínguez Castellano, A.[4], del Razo Romero, M.[5], Pérez Mesa, N.[6]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Rute. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguilar. Aguilar de la Frontera. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almedinilla. Almedinilla. Córdoba, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fernán Nuñez Dª. Josefina Carmona. Fernán-Núñez. Córdoba, (5) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguilar. Aguilar de la Frontera. Córdoba, (6) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba*


### Objetivos

Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen una de las principales causas de prescripción antibiótica en Atención Primaria (AP), con importante impacto en el

desarrollo de resistencias bacterianas. La elección de tratamiento empírico inadecuado puede condicionar fracaso terapéutico y selección de resistencias. El objetivo principal fue determinar la concordancia entre el tratamiento antibiótico empírico y los resultados del antibiograma en pacientes con ITU en AP de un Área de Gestión. Como objetivos secundarios, se planteó describir los antibióticos más utilizados en AP y analizar la prevalencia de los principales microorganismos aislados y sus perfiles de sensibilidad y resistencia.

## Metodología

Estudio observacional descriptivo-analítico realizado en AP. Se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple de cultivos urinarios válidos. El tamaño muestral calculado fue de 226 sujetos (concordancia esperada 65%, nivel de confianza del 95% y precisión del 5%), manteniéndose pérdidas estimadas del 30%. Finalmente, se incluyeron 152 pacientes. Las fuentes de información fueron la historia clínica digital (DIRAYA) y los registros microbiológicos del laboratorio de referencia. Se realizó un análisis descriptivo y bivariante. La concordancia entre tratamiento empírico y antibiograma se evaluó mediante el índice kappa. Se calcularon odds ratio (OR) ajustadas según foco de infección.

## Resultados

La edad media fue de 63,7 años (IC 95%: 59,7–67,7), siendo el 78,8% mujeres. El 62,8% presentaba antecedentes de antibioterapia previa, observándose asociación estadísticamente significativa con la sensibilidad bacteriana. El microorganismo más frecuentemente aislado fue Escherichia coli. Se detectaron resistencias elevadas a antibióticos de uso habitual en AP, destacando ciprofloxacino (38%) y trimetoprim-sulfametoxazol (34%). Nitrofurantoína mostró mejor perfil de sensibilidad (72%), seguida de la fosfomicina (31%). Se observaron variaciones significativas en los patrones de resistencia en función del microorganismo aislado.

## Conclusiones

Existe discordancia relevante entre tratamiento antibiótico empírico y resultados del antibiograma, pone de manifiesto la necesidad de optimizar la prescripción antibiótica en AP. Nitrofurantoína y fosfomicina se consolidan como opciones de primera línea en el tratamiento empírico de las ITU, mientras que debe limitarse el uso de antibióticos con elevadas tasas de resistencia. Estos resultados refuerzan la importancia de implementar estrategias de mejora dentro de los programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA)

# 918/147. EVALUACIÓN DEL BIENESTAR EN PACIENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD: IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON TIRZEPATIDA FRENTE A MANEJO NO FARMACOLÓGICO


## Autores:

*Andrés Vera, J.[1], Fernández Navarro, N.[2], Bueno Navarrete, P.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz*


## Objetivos

Analizar el impacto del tratamiento con tirzepatida sobre el bienestar general de pacientes con sobrepeso u obesidad atendidos en un centro de salud urbano y comparar el estado de salud percibido entre pacientes tratados con tirzepatida y pacientes mediante modificaciones del estilo de vida.

## Metodología

Estudio observacional, transversal y descriptivo realizado en un centro de salud urbano. Año 2025. Los pacientes fueron seleccionados mediante muestreo consecutivo entre aquellos en seguimiento en consultas por sobrepeso u obesidad.

Se establecieron dos grupos de comparación: grupo 1, pacientes en tratamiento con tirzepatida pautado desde Atención Primaria; y grupo 2, pacientes con sobrepeso u obesidad en seguimiento clínico en el mismo centro de salud, manejados mediante recomendaciones higiénico-dietéticas y cambios en el estilo de vida, sin tratamiento farmacológico para la pérdida de peso.

Se excluyeron los pacientes que abandonaron el tratamiento antes de alcanzar dosis de mantenimiento de tirzepatida.

El bienestar y la salud percibida se evaluaron mediante el cuestionario SF-36, calculándose las puntuaciones de sus ocho dimensiones (escala 0–100). Se recogieron además variables demográficas (edad y sexo) y la variación ponderal. Se realizó análisis descriptivo mediante medias y desviación estándar para variables cuantitativas.

## Resultados

La muestra total fue de 36 pacientes.

En el grupo tratado con tirzepatida (4 varones y 14 mujeres; edad media 46,94 ± 13,59 años) la pérdida ponderal media fue de 8,74 ± 6,26 kg. Las puntuaciones del SF-36 fueron superiores en la mayoría de dimensiones: función física 92,5; rol físico 70,83; rol emocional 75,89; vitalidad 77,78; salud mental 76,67; función social 92,39; dolor corporal 91,5 y salud general 84,12. El 72% presentó efectos secundarios leves (principalmente náuseas, dispepsia o estreñimiento).

En el grupo no tratado con tirzepatida la pérdida ponderal media fue de 2,52 ± 3,11 kg y las puntuaciones del SF-36 oscilaron entre 60 y 80 en sus diferentes dimensiones.

### Conclusiones

En esta muestra, los pacientes tratados con tirzepatida presentaron mayor pérdida ponderal y mejores puntuaciones en el SF-36 en comparación con aquellos manejados mediante cambios en el estilo de vida. No obstante, debido al diseño observacional y al tamaño muestral limitado, los resultados deben interpretarse con cautela y considerarse exploratorios.

## 918/148. COOPERACIÓN HUMANITARIA EN KANYAWEGI - KISUMU (KENIA): PERFIL DEL PACIENTE ATENDIDO A DEMANDA


### Autores:

*Generoso Torres, M.[1], Mesa Espadas, C.[2], Martín Enguix, D.[3], Montoro Goethe, S.[4], Aguirre Rodríguez, J.[3], Moreno Díaz, M.[4]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mirasierra. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurín de la Torre D. José Molina Díaz. Alhaurín de la Torre. Málaga*


### Objetivos

Las acciones médicas humanitarias en países de renta baja constituyen una fuente de información epidemiológico-asistencial, y detectan necesidades sanitarias de poblaciones con acceso limitado al sistemas sanitario y en situación de pobreza. Kanyawegi presenta doble carga, combinando patología infecciosa con aumento progresivo de enfermedades crónicas. Nuestro objetivo es describir la actividad asistencial durante una acción humanitaria realizada por médicos de familia voluntarios, analizando características demográficas, patologías y tratamientos administrados, así como nuestra labor clave en promoción de la salud.

### Metodología

Estudio descriptivo transversal mediante el registro de pacientes atendidos durante los 10 días de la actividad en Paga Dispensary de Kanyawegi. Se incluyeron variables demográficas (sexo/edad), clínicas (hasta tres diagnósticos/paciente) y terapéuticas. Analizamos la edad de forma continua y por tramos (<5, 5–14, 15–49 y =50 años). Agrupamos patologías y tratamientos por categorías clínicas. El análisis se efectuó mediante estadística descriptiva.

### Resultados

Se atendieron 369 pacientes, con predominio femenino (63,69%). La edad media fue de 33,82±24,5 años (rango entre 2 meses y 96 años). El grupo más amplio fue de 15–49 años (47,69%), especialmente mujeres (76,92%). Los menores de 15 años fueron mayoritariamente varones (59,66 %), mientras que en mayores de 50 años predominó claramente el sexo femenino (71,96%).

Las patologías más frecuentes fueron malaria (n=94;25,47%), patología osteoarticular (n=78;21,13%), infecciones respiratorias agudas (n=64;17,34%) y patología gastrointestinal (n=32;8,62%). Escasa prevalencia de procesos crónicos como HTA(n=38; 10,29%) y DM(n=6;1,63%). Los tratamientos más prescritos fueron sintomáticos para infecciones respiratorias, analgésicos y fármacos para malaria, con uso limitado de antibióticos y antihipertensivos. Además, se realizó activamente promoción y prevención de la salud.

### Conclusiones

La población atendida muestra mayoritariamente mujeres jóvenes, con elevada carga de patología infecciosa y pocas enfermedades crónicas, generalmente no controladas. Destacan tratamientos sintomáticos para infecciones y analgésicos. Es primordial el papel de promoción de la salud para prevenir infecciones transmisibles o relacionadas con la falta de higiene haciendo hincapié en el lavado de manos, higiene dental, uso de métodos barrera y manipulación de alimentos. Estos resultados reflejan la importancia de las acciones humanitarias como punto de acceso al sistema sanitario y ponen de manifiesto profundas desigualdades respecto a la práctica asistencial en países desarrollados.

## 918/172. 16% DE SOBRECARGA DE PACIENTES ASISTIDOS EN LA CONSULTA DE UN MEDICO DE FAMILIA URBANO EN EL 2025


### Autores:

*Ortega Marlasca, M.*[1]

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jerez Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz*


### Objetivos

· Determinar el volumen de pacientes atendidos diariamente en la consulta a lo largo del año 2025.

· Determinar la distribución de estos entre las citas programadas en el día, pacientes personalmente insertados en la agenda asistencial, que no han acudido a su cita, atendidos como citas no-demorables (mal denominados urgencias), asistidos en sus domicilios, y los que se les ha gestionado solicitudes de medicación mediante formulario específico POYA (Paciente Optante Yatrogénico Asistencial).

· Determinar pesos específicos que cada uno de los grupos de pacientes suponen en las cargas de trabajo a lo largo de un año natural.

· Cuantificar finalmente el porcentaje de pacientes atendidos con respecto a lo inicialmente programado.

### Metodología

Registro diario de actividad asistencial real en una consulta de un Médico de Familia en un centro de salud urbano con cada una de las adscripciones grupales en las que se han distribuido: pacientes programados, ausentes, citas no-demorables, en domicilio y con el formulario POYA. Se registra en una hoja de datos personal diaria desde 2023.

### Resultados

En el año 2025 se atendieron un total de 8061 pacientes, de los que 7514 (93,21% del total atendidos) fueron citas programadas en la agenda asistencial. De ellos fueron 5199 (64.50% del total) de forma presencial, 999 (12.39% del total) con citas para gestiones administrativas y 1316 (16.33% del total) con consultas telefónicas. Fueron insertados 833 (10,33% del total) pacientes, faltaron a cita 675 pacientes (8,37% del total), 295 pacientes fueron asistidos como no-demorables (3,66% del total), 31 en sus domicilios (0,38% del total) y 63 (0,78% del total) fueron asistidos mediante formulario POYA. El cupo asistencial ha fluctuado sobre los 1360 pacientes adscritos.

### Conclusiones

Durante el año 2025 se identifica una sobrecarga del 15,16% de pacientes finalmente asistidos con respecto a los inicialmente programados. Fueron insertados en la agenda por muy diferentes causas como fueron alertas analíticas, avisos en buzón personal, inducidos por correo electrónico u otras vías, solicitudes diversas de los pacientes o sus familiares. El volumen de pacientes que no acuden finalmente a su cita es muy similar en los 3 últimos años, siendo algo digno de ser abarcado por el Servicio Andaluz de Salud.

## 918/190. ¿PORQUE LA VITAMINA D NO ES UTILIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA?, SU IMPORTANCIA COMO DETECTOR Y PREDICTOR DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS. ESTUDIO CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA©


### Autores:

*Benítez Rivero, J.*[1]*, Contreras Escámez, B.*[2]*, Perejón Díaz, M.*[3]*, Jiménez Hernández, V.*[4]*, Morales Rodríguez, I.*[5]*, Ríos Pérez, A.*[6]

### Centro de Trabajo:

*(1) Prof. I. Geriatría. Facultad de Medicina de Cádiz. Real Academia de Medicina de Cádiz, (2) Especialista en Geriatría. Hospital San Juan Grande. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz, (4) Enfermera. Centro de Salud Sanlúcar - Barrio Alto. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sanlúcar - Barrio Alto. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz, (6) Enfermera de la Residencia Virgen de Belén, Málaga*


### Objetivos

Evaluar la correlación entre los niveles séricos de vitamina D y la incidencia de caídas en población mayor institucionalizada para determinar su valor como marcador predictivo y preventivo.

### Metodología

Estudio cohorte retrospectiva; se calcula una muestra de 379 de una población de 25.829 personas mayores institucionalizadas, para a = 0.05; se reclutaron 961 residentes (IBM SPSS 20.0). Se categorizaron los niveles de vitamina D en: deficiencia (<20 ng/dl), insuficiencia

(20-30 ng/dl) y suficiencia (=30 ng/dl) vs. caídas mediante la determinación de OR y Curvas ROC.

## Resultados

La muestra (67,6% mujeres; edad media 83,38 ± 8,5 años) presentó una incidencia de caídas del 37,3%. Las caídas se repitieron entre 1 y 10 veces. Las más frecuentes fueron de 1 a 3 ocasiones, con un 17,5%, y solo un 0,5% de las personas tuvieron 10 caídas.

Al profundizar en los datos analíticos, observamos una brecha crítica:

· Diferencial de medias: Los sujetos con caídas presentaron niveles significativamente menores (18,03 ± 11,82 ng/dl) frente a los que no caían (26,34 ± 15,53 ng/dl), con una significación de p=0,0000.

· Análisis de Riesgo (Odds Ratio): El riesgo de caída aumenta exponencialmente según el déficit. Los sujetos con niveles <20 ng/dl presentan un OR de 5,77 (IC 95%: 3,97-8,39).

· Capacidad Predictiva: El análisis con curva ROC mostró un área bajo la curva (AUC) de 0,703, lo que valida que la vitamina D es un buen biomarcador para evaluar el riesgo de caídas.

## Conclusiones

1. La mayor incidencia de caídas se concentra en el grupo con vitamina D <20 ng/dl. Presentar niveles inferiores a este umbral multiplica por 4,4 el riesgo de caída en comparación con quienes mantienen niveles óptimos (=30 ng/dl).

2. Los que están en rangos de insuficiencia (20-30 ng/dl), el riesgo de caídas es significativamente alto, con un OR de 8,09 frente a niveles de suficiencia, lo que subraya la necesidad de mantener valores por encima de 30 ng/dl.

3. La determinación de Vitamina D es una herramienta de bajo costo. Su uso en Atención Primaria y centros residenciales debe sistematizarse como protocolo preventivo esencial para reducir la morbimortalidad asociada a las caídas en mayores.

# 918/255. IMPACTO DE UNA INTERVENCION ESTRUCTURADA DESDE ATENCION PRIMARIA SOBRE LA INERCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR


## Autores:

*Guisasola Cárdenas, M.[1], Generoso Torres, M.[2], González Bravo, A.[3], Mesa Espadas, C.[4], Martín Enguix, D.[1], Aguirre Rodríguez, J.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (2) Médico de Familia. Centro de Salud Bola de Oro. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (4) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada*


## Objetivos

Evaluar impacto de una intervención estructurada realizada íntegramente en AP para reducir la inercia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y alto riesgo cardiovascular (RCV). Analizar su efecto sobre control de HbA1c y LDL-colesterol.

## Metodología

Estudio cuasiexperimental "antes-después" en Centro Salud urbano. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes con DM2, HbA1c=8% y/o LDL-colesterol=100mg/dl y RCV alto o muy alto (SCORE2-DM). Durante seis meses se realizó una intervención multifactorial liderada por medicina y enfermería de familia basada en revisión protocolizada, checklist de intensificación terapéutica, información individualizada de RCV, presentación de opciones terapéuticas con beneficios/riesgos, y registro de la decisión consensuada en la historia clínica. La variable dependiente principal fue el cambio en HbA1c. Variables secundarias: cambio en LDL-colesterol, proporción de pacientes con intensificación terapéutica y porcentaje que alcanzó el objetivo combinado de control. Las variables explicativas fueron: la intervención, edad, sexo y valores basales de HbA1c y LDL-colesterol. Se compararon medias para datos apareados (t-Student) y proporciones (McNemartest). El tamaño muestral para detectar reducción mínima clínicamente relevante de 0,7% en HbA1c, DE:1,2; IC:95% y Potencia:80% fue de 78 pacientes. Para compensar posibles pérdidas incluimos 84.

## Resultados

Se incluyeron 84 pacientes, edad media 68,4±9,7 años; 57% varones. En los seis meses previos, el 38% (IC95%: 28–49) de los pacientes fuera de objetivo había intensificado su ratamiento. Tras la intervención, esta proporción aumentó al 71% (IC95%: 61–80), con una diferencia absoluta del 33% (p<0,001). La HbA1c

media descendió de 8,9±0,8% a 7,8±0,9%, con una reducción media de -1,1% (IC95%: -1,3 a -0,9; p<0,001). El LDL-colesterol disminuyó de 112±18 mg/dl a 88± 6 mg/dl, con una reducción media de -24 mg/dl (IC95%: -29 a -19; p<0,001). Basalmente, ningún paciente cumplía el objetivo combinado; al finalizar el seguimiento, el 64% (IC95%: 53–74) alcanzó simultáneamente control glucémico y lipídico. No se registraron hipoglucemias graves ni eventos cardiovasculares mayores.

### Conclusiones

Una intervención estructurada y factible en Atención Primaria reduce la inercia terapéutica y mejora significativamente el control glucémico y lipídico en pacientes con DM2 y alto RCV. La sistematización de la intensificación terapéutica constituye una estrategia aplicable y de alto impacto en la práctica clínica diaria.

## 918/273. PERFIL DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y USO CONCOMITANTE DE SILEXAN Y ANTIDEPRESIVOS


### Autores:

*Atienza Martín, F.[1], Herrera Serrano, L.[2], Tejero Carmona, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (2) Investigador. Hospital de Madrid. Madrid, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla*


### Objetivos

Definir el perfil de pacientes que usan simultáneamente silexan y antidepresivos en el contexto de trastornos ansiosos.

### Metodología

Diseño: estudio descriptivo

Sujetos y ámbito: pacientes en consultas de atención primaria

Muestreo no probabilístico por conveniencia en pacientes que acuden a consultas de atención primaria y usan silexan asociado a antidepresivos

Variables: demográficas (sexo, edad y estado civil); diagnóstico principal; tratamiento previo de salud mental; GAD-7; PHQ-9 e impresión clínica global (ICG)

Análisis estadístico: estadística descriptiva (media, desviación estándar (DE) y proporciones)

### Resultados

Se incluyen 78 pacientes con una edad media de 49,7 años (DE:18,2); 76,7% mujeres. El 38.5% estaban casados.

El diagnóstico principal fue:

Trastorno de ansiedad generalizada 15 (19,2%)

Trastorno de ansiedad no especificado 26 (33,3%)

Trastorno depresivo con síntomas de ansiedad (mixto) 26 (33,3%)

Trastorno de síntomas somáticos 4 (5,1%)

Trastorno de ansiedad por separación 3 (3,8%)

Trastorno de angustia 2 (2,6%)

Trastorno de ansiedad social 1 (2,6%)

Trastorno de ansiedad subclínico (DSM V) 1 (1,3%)

El 58,4% habían recibido tratamiento previo. El 50,7% de estos pacientes recibieron benzodiacepinas y el 38,9% antidepresivos ISRS. Solo 1 paciente recibió terapia cognitivo conductual estándar

La puntuación media basal del GAD 7 fue 12,62 y la final 6,69.

La puntuación media del PHQ 9 fue 11,42 y la final 6,17.

### Conclusiones

El perfil de paciente que usa silexan junto con antidepresivos para lun trastorno de ansiedad se corresponde con una mujer de edad media con un trastorno de ansiedad no especificado o mixto ansioso-depresivo que ha realizado previamente tratamiento con benzodiacepinas y/o ISRS.

## 918/278. IMPORTANCIA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA D EN LA PERSONA MAYOR INSTITUCIONALIZADA: IMPACTO DEL PRINCIPIO ACTIVO Y LA POSOLOGÍA EN LAS CAÍDAS DE REPETICIÓN. ESTUDIO CAÍDAS DE ANDALUCÍA(C).


### Autores:

*Benítez Rivero, J.[1], Castillo Galllego, C.[2], Contreras Escámez, B.[3], López Mongil, R.[4], Vargas Cruz, J.[5], Perejón Díaz, M.[6]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Profesor I. Geriatria, Facultad de Medicina, Real Academia de Medicina, Cádiz, (2) Geriatra, Residencia El Zapillo, Juanta de Andalucía, Almería, (3) Geriatra, Hospital san Juan Grande, Jerez, (4) Geriatra, Residencia Belén, Málaga, (5) Geriatra, Centro Asistencial San Juan de Dios, Málaga, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz*

### Objetivos

Evaluar la eficacia de la suplementación con Vitamina D en la prevención de caídas de repetición.

Analizar la influencia del principio activo (colecalciferol vs. calcifediol) y posológica en la incidencia de caídas de repetición.

### Metodología

Estudio observacional, retrospectivo con análisis cuantitativo realizado en 14 residencias andaluzas. Se reclutaron 961 individuos institucionalizados (muestra necesaria 379). Se analizaron variables bioquímicas (niveles séricos de Vitamina D), farmacológicas (principio activo y posología). El análisis estadístico se realizó con SPSS v20, empleando el test exacto de Fisher para determinar la asociación entre la suplementación y las caídas de repetición, para un valor de $p < 0,05$.

### Resultados

En las caídas de repetición, colecalciferol se consolidó como el principio activo de mayor ventaja clínica vs. calcifediol. La posología semanal demostró ser la estrategia farmacológica que mejor se asocia para reducir las caídas de repetición ($p = 0,006$), logrando una tasa de protección superior con una incidencia de caídas de solo el 28,5%. Este hecho es opuesto a la vulnerabilidad en residentes en pauta quincenal (44,2%) y, sobre todo, en aquellos en régimen diario, que son los que presentan mayor siniestralidad (55,6%) en forma de repetición. Asimismo, se confirmó el impacto de los niveles séricos basales: valores de Vitamina D <20 ng/dl elevan el riesgo de caída al 47,3%, mientras que el rango de máxima seguridad clínica se sitúa entre 20-29 ng/dl, donde la incidencia de caídas se reduce drásticamente al 15,7%. Estos resultados evidencian que la combinación de un principio activo específico (colecalciferol) y una frecuencia de administración optimizada (semanal) constituye el factor determinante en la estabilidad motora del paciente.

### Conclusiones

La prevención de caídas de repetición en la población mayor requiere una optimización de la suplementación basada en la evidencia posológica. El uso de colecalciferol en pauta semanal se muestra como la intervención más sólida para alcanzar niveles de seguridad y reducir la tasa de caídas de repetición, superando en eficacia clínica a las pautas diarias o quincenales.

Los datos indican que la elección del fármaco y la pauta no son indiferentes; la pauta semanal es la que ofrece mejor perfil de seguridad en la persona mayor.

## 918/279. ¿ES LA INERCIA CLÍNICA UN FACTOR DETERMINANTE EN LAS CAÍDAS DE REPETICIÓN? IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO DE VITAMINA D EN CENTROS RESIDENCIALES DE ANDALUCÍA. ESTUDIO CAÍDAS DE ANDALUCÍA(C)

### Autores:

*Perejón Díaz, M.[1], Montero Fernández, D.[2], Aragón Gómez, R.[3], Fernández Morenatti, M.[4], Ríos Pérez, A.[5], Benítez Rivero, J.[6]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz, (2) Enfermero. Centro de Salud Chipiona Dr. Tolosa Latour. Chipiona. Cádiz, (3) Enfermera. Centro de Salud San Telmo. Jerez de la Frontera. Cádiz, (4) Enfermera. Centro de Salud Arcos de la Frontera. Arcos de la Frontera. Cádiz, (5) Enferma, Residencia Virgen de Belén, Málaga, (6) Profesor I. Geriatraia, M.Familia, Facultad de Medicina, Real Academia de Medicina de Cádiz.*

### Objetivos

1. Evaluar el impacto de la inercia clínica (ausencia de parámetro analítico o de tratamiento) en la incidencia de caídas de repetición en población institucionalizada.

2. Valorar la eficacia del seguimiento proactivo realizado en los centros residenciales como estrategia de detección precoz de la hipovitaminosis D vs. caídas/caídas de repetición.

### Metodología

Estudio observacional retrospectivo, con análisis cuantitativo sobre 961 personas mayores institucionalizadas en las 14 residencias que participan en el Estudio en Andalucía (muestra necesaria: 379 individuos). Se

analizó la efectividad del seguimiento clínico realizado en los centros residenciales, comparando los grupos con monitorización analítica frente a aquellos en situación de inercia diagnóstica. Se utilizó SPSS v20 (test de Fisher). En el grupo sin tratamiento (n=592), se estudia cómo "no indicar tratamiento suplementario con vitamina D" afecta la tasa de caídas de repetición".

### Resultados

Se ha identificado una inercia diagnóstica en el 54,5% de los pacientes sin suplementar (n=323), quienes carecían de registros analíticos de Vitamina D en su historia. Los resultados demuestran que el seguimiento proactivo es una herramienta crítica de seguridad. En los sujetos donde se detectó una deficiencia severa (<20 ng/dl) pero no se llegó a instaurar tratamiento, la tasa de caídas ascendió al 47,3%. Esto triplicó el riesgo observado en los rangos de seguridad (15,7%; p < 0,001). Estos hallazgos muestran que el seguimiento en las residencias es esencial para identificar al mayor vulnerable, pero se necesita una respuesta terapéutica para convertir los datos bioquímicos en una disminución real de las caídas repetidas.

### Conclusiones

La seguridad del paciente mayor en Andalucía se ve gravemente comprometida por la falta de colaboración y respuesta terapéutica desde Atención Primaria. Los datos sugieren un preocupante desconocimiento clínico sobre los beneficios preventivos de la Vitamina D en la estabilidad motora de la persona mayor, lo que deriva en una inercia terapéutica que invalida el esfuerzo de seguimiento realizado en las residencias. Es urgente fomentar la formación médica y el compromiso multidisciplinar para evitar que la hipovitaminosis D siga siendo un factor de riesgo al que no se le dedica interés y cronificador de la incidencia de caídas/caídas de repetición en nuestros centros.

## 918/282. PERFIL DEL PACIENTE CON DISMINUCIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO Y ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO CARDIO-RENAL PROTECTOR EN EL ÁREA COMARCAL DE LA AXARQUÍA


### Autores:

*Parrado Espinosa, M.[1], Flores Nieto, F.[2], Valenzuela Mancebo, P.[3], Heersche Morillo, A.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Algarrobo Costa. Algarrobo. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga*


### Objetivos

Analizar la prevalencia de albuminuria en pacientes con disminución del filtrado glomerular estimado por debajo de 60mL/min/1.73m2 (TFGe), así como sus factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y evaluar la adecuación del uso de SGLT2 en Atención Primaria del área Comarcal de la Axarquía (DM +/- FRCV +/- disminución de TFGe +/- Albuminuria).

### Metodología

Análisis descriptivo transversal, usando como base de datos una muestra de pacientes mayores de edad por muestreo consecutivo, de los diferentes cupos de algunos centros de salud de Distrito Axarquía, eligiéndose aquellos que acudiesen a consulta martes y jueves. Se recogieron las siguientes variables: centro de salud, edad, sexo, FRCV (DM2, HTA, DLP), tabaquismo, obesidad, enfermedad cardiovascular establecida, TFGe, cociente albúmina/creatinina en orina (CACO) y tratamiento con iSGLT2. Considerando albuminuria positiva un CACO>30 mg/g.

### Resultados

La muestra estaba formada por 413 pacientes, siendo la media de edad de 58.31 años y un 61% mujeres. Un 12.59% presentaba TFGe<60 y un 2.42% no tenían registrados una TFGe.

De los pacientes con TFG<60, eran fumadores el 15.38% y presentaban obesidad el 32.69%. Un 50% de estos eran diabéticos, un 80.76% presentaba HTA y un 67.30% tenían dislipemia. El 26.92% presentaban los 3 FRCV conjuntamente.

Del total de pacientes con TFGe<60, un 40.38% no tenían calculado el CACO, y sólo un 19.23% presentaron albuminuria. Dentro de este último grupo el 80% de los pacientes tenían prescrito iSGLT2.

De los pacientes con IRC que no tenían calculado el CACO, un 38.09% tomaban iSLGT2. Dentro de este grupo, el 100% padecía diabetes y el 87.5% además eran hipertensos.

### Conclusiones

Más de un 10% de la población de nuestro área presenta IRC.

1 de cada 3 pacientes con IRC es obeso.

Más del 25% de los pacientes con IRC presenta conjuntamente hipertensión, diabetes y dislipemia.

Faltan datos sobre albuminuria, parámetro necesario para el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica (ERC).

Tasa elevada de pacientes con TFGe <60 y albuminuria en tratamiento con iSGLT2 (80%).

Desde Atención Primaria debemos mejorar en la detección de ERC y en la adecuación del tratamiento, según los FRCV.

## 918/316. INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA


### Autores:

*García Martínez, D.[1], Leal Moreno, M.[2], Sandoval Gutiérrez, A.[3], López García, A.[4]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrox. Torrox. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almayate Alto. Vélez-Málaga. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Frigiliana. Frigiliana. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colmenar. Colmenar. Málaga*


### Objetivos

Caracterizar a los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) en la enfermedad renal crónica (ERC) y en el perfil de riesgo". el impacto de los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) en la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) y en el perfil de riesgo cardiovascular en Atención Primaria.

### Metodología

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico realizado en cinco centros de salud, con 226 pacientes mayores de 60 años y estado vital confirmado. Se ajustaron los resultados por edad y sexo. Se evaluaron comorbilidades (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo y antecedentes cardiovasculares), perfil lipídico y función renal mediante tasa de filtración glomerular (FG) y cociente albúmina/creatinina (CAC). El FG estuvo disponible en el 100% de los casos.

### Resultados

El 20,8% presentó filtrado glomerular (FG) <60 ml/min/1,73 $m^2$. Solo el 8,4% de la muestra tenía determinado el CAC; de los 19 pacientes con este dato, 14 (73,7%) mostraron alteración, predominando los varones. Según la guía KDIGO 2024, 6 de estos 14 pacientes (42,9%) presentaban riesgo moderado-severo de progresión (estadios G3bA2 y G4A3). El 85,7% de los pacientes con CAC alterado estaba en tratamiento con iSGLT2. Entre quienes presentaban peor pronóstico (=G3b), únicamente uno no recibía este tratamiento. En el grupo con FG <60, el 53,2% utilizaba iSGLT2. Por edades, el 77% de los pacientes entre 65-75 años estaba tratado, frente al 44% de los mayores de 75 años, lo que evidencia menor tasa terapéutica en edades avanzadas. Sin embargo, en presencia de albuminuria patológica, la prescripción fue elevada incluso en mayores de 75 años (80%). El 68,5% era hipertenso, el 37% diabético (71% tratados con iSGLT2), el 39,8% obeso, el 20,8% fumador y el 22,1% había sufrido eventos cardiovasculares. El 74% presentaba más de un factor de riesgo cardiovascular.

### Conclusiones

Los iSGLT2 muestran adecuada implementación en pacientes con ERC y alto riesgo cardiovascular, especialmente cuando existe albuminuria. No obstante, se detecta margen de mejora en pacientes mayores de 75 años. Estos hallazgos refuerzan su papel en la protección renal y cardiovascular en Atención Primaria.

# MÉDICO RESIDENTE

## 918/22. PERFIL FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN ÁREA COMARCAL


### Autores:

*Flores Nieto, F.[1], Campos Barranquero, I.[2], Hernández Rodríguez, J.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Algarrobo Costa. Algarrobo. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y*

*Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga*

## Objetivos

Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el área comarcal de la Axarquía, y analizar el perfil farmacológico, teniendo en cuenta la disnea, así como la escala GOLD de clasificación, y la correlación entre la clasificación de la enfermedad y el tratamiento de base de los pacientes.

## Metodología

Hemos realizado un análisis descriptivo transversal, según la muestra siguiese una distribución normal o no, de pacientes EPOC de algunas zonas rurales y urbanas de la Axarquía, incluyendo algunos de los factores de riesgo que presentaban los pacientes, así como las comorbilidades asociadas, tratamiento y seguimiento de los mismos. Para ello, hemos revisado el seguimiento que realizaban los pacientes en las Consultas Externas de Neumología, así como la prescripción activa de estos.

## Resultados

Hubo un total de 392 pacientes diagnosticados de EPOC, siendo un 75,5% varones y un 24'5% mujeres. La media de edad fue de 72'62 años (62'59-82'65).

Un 50'5% de la muestra pertenecía a zona rural y un 49'5% a núcleo urbano. Un 20'4% estaban clasificados como GOLD 1, un 57'7% GOLD 2, un 19'1% GOLD 3 y un 2'8% GOLD 4. Respecto a la disnea (según escala mMRC), un 21'9% de los pacientes no presentaban disnea, un 36% presentaban disnea leve, un 21'2% disnea moderada, y solo un 4'8% disnea grave y un 1'3% presentaban disnea muy grave.

En relación al tratamiento, un 33'4% tenían prescrito un SAMA, un 31'1% un SABA, un 68'9% utilizaban LAMA y un 74'7% utilizaban LABA. Un 19'89% de la muestra usaban doble terapia (LABA+LAMA), y un 41.83% triple terapia. Un 11'22% de los pacientes no tenía prescrito ningún tratamiento inhalador.

En cuanto a otros fármacos de interés, un 56'4% utilizaban corticoides inhalados, un 2% corticoides orales y únicamente un 1% tienen antibioterapia. El 12'2% utilizaban oxígeno domiciliario.

## Conclusiones

El 41'83% de los pacientes utilizan triple terapia que se ha demostrado más eficaz a la hora de evitar ingresos hospitalarios y exacerbaciones. Es muy importante realizar un diagnóstico precoz y un buen tratamiento para evitar complicaciones y efectos adversos no deseados.

# 918/23. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA E HIPERTENSIÓN EN UN ÁREA COMARCAL


## Autores:

*Flores Nieto, F.[1], Campos Barranquero, I.[2], Hernández Rodríguez, J.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Algarrobo Costa. Algarrobo. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga*


## Objetivos

Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el área comarcal de la Axarquía, y analizar sus características demográficas atendiendo a si pertenecen a población rural o urbana, edad, sexo, comorbilidades y algunos factores de riesgo, teniendo en cuenta que todos padecen hipertensión arterial (HTA).

## Metodología

Se ha realizado un análisis descriptivo transversal, usando como base de datos una muestra de pacientes EPOC elegidos por muestreo aleatorio simple de alguna de las zonas rurales y urbanas de la Comarca de la Axarquía. Posteriormente se han seleccionado únicamente los pacientes EPOC con HTA, y se han analizado algunos de los factores de riesgo que presentaban estos pacientes, así como las comorbilidades asociadas de los mismos. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían normalidad o no.

## Resultados

Hubo un total de 275 de pacientes con EPOC e HTA siendo un 75,3% varones y un 24'7% mujeres. La media de edad fue de 74'17 años (64'47- 83'87). Un 50'5% de la muestra pertenecía a zona rural y un 49'5% a núcleo urbano. De ellos un 19'1% estaban clasificados como GOLD

1, un 60'9 % GOLD 2, un 16'8% GOLD 3 y un 3'2% GOLD 4. Con respecto a las comorbilidades obtuvimos que un 60'6% son exfumadores, un 28% son fumadores activos y solo un 1'8% nunca habían fumado. Del total de la muestra un 45'5% eran diabéticos, un 40'9% presentaban dislipemia, un 25'8% tenían síndrome de apnea del sueño y un 55'6% sufrían patología cardiovascular. Un 21'45% de los pacientes tenían HTA, DM e HTA. Hasta un 28% precisaron atención urgente, de los cuales, un 20'5% necesitaron ingreso hospitalario.

### Conclusiones

Un porcentaje no despreciable de pacientes eran fumadores, siendo este un factor de riesgo importante en la patología respiratoria.

Una quinta parte de la población presenta HTA, DM y DLP.

Casi un 30% de los pacientes precisaron atención urgente, por lo que habría que revisar su tratamiento basal para ver si necesitan escalarlo y así prevenir agudizaciones.

## 918/25. PERFIL BACTERIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN URGENCIAS


### Autores:

*Carrasco Moreno, A.[1], Mayo Caballero, M.[2], Arboledas Soriano, S.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benamargosa. Benamargosa. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrox. Torrox. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga*


### Objetivos

Analizar las variables existentes en pacientes que consultan en Urgencias por infección del tracto urinario (ITU).

### Metodología

Se trata de un análisis descriptivo transversal retrospectivo, de mujeres de edad mayor o igual a 14 años que acudieron a Urgencias del Hospital con clínica de infección del tracto urinario en un período comprendido desde el 1 de Enero al 30 de Junio del 2023. Se analizaron los informes de alta del servicio, revisando sintomatología, resultados del sistemático y urocultivo, así como antibiótico pautado. En base a unos criterios de inclusión, como la edad, sexo, tener urocultivo tramitado... y otros de exclusión como embarazo, patología de la vía urinaria..., se seleccionaron los pacientes y se analizaron las variables. El tamaño muestral estuvo condicionado por la disponibilidad temporal del periodo de realización del trabajo. Por este motivo, se incluyeron todos los casos que cumplían criterios de inclusión durante el periodo de recogida de datos establecido.

### Resultados

Dada la prevalencia de la patología, el objetivo del estudio era alcanzar un tamaño muestral de mínimo 300 pacientes pero, por limitación de tiempo se recogieron en total 137. Respecto a la sintomatología, 17,5% solo presentaba disuria, otro 17,5% dolor hipogástrico y un 29,9% presentó hasta cuatro síntomas. Los sistemáticos de orina mostraron 30,7% positividad para leucocitos y hematíes, 21,2% leucocitos, 13,1% leucocitos, hematíes y nitritos, 4,4% leucocitos y nitritos. Del total de urocultivos, el 36,5% fue positivo. El principal uropatógeno aislado fue Escherichia Coli, en segundo lugar, Staphylococcus Saprophyticus y, en tercer lugar, Proteus Mirabilis y Klebsiella. En cuanto antibioterapia, 35% recibió fosfomicina, cefuroxima 27,7%, amoxicilina 3,6% y nitrofurantoína en 1,5% de los casos.

### Conclusiones

A pesar del escaso tamaño muestral, dada la limitación temporal asociada, se ha objetivado que la ITU en mujeres presenta una clínica muy variable; el principal uropatógeno el Escherichia Coli; aunque se identificó un elevado porcentaje de cultivos negativos o contaminados. La fosfomicina y cefuroxima son los antibióticos más pautados, en concordancia con las guías clínicas. Es importante remarcar la necesidad de un abordaje diagnóstico y terapéutico más estructurado en el manejo de las ITUs en urgencias para evitar el sobre-tratamiento.

## 918/80. FRECUENCIA DE TAREAS NO FORMATIVAS Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DOCENTE Y LA SATISFACCIÓN DURANTE LA RESIDENCIA MÉDICA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL


### Autores:

*Arzua Moya, J.[1], Alcaraz Pérez, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boiro. Boiro. La Coruña, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña*

### Objetivos

Cuantificar la frecuencia de tareas no formativas durante la residencia médica y describir su asociación con la percepción de calidad docente y la satisfacción global de los residentes.

### Metodología

Estudio observacional, descriptivo y transversal, basado en una encuesta nacional dirigida a médicos residentes en España. Se realizó un muestreo no probabilístico de conveniencia mediante difusión online a través de redes profesionales y canales de residentes. Se recogieron variables sociodemográficas y formativas, incluyendo edad, sexo, año de residencia, especialidad, frecuencia de realización de tareas no formativas y percepción de calidad docente y satisfacción global. El tamaño muestral se estimó para una proporción esperada del 50%, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, resultando necesario un mínimo de 384 participantes. Se efectuó estadística descriptiva y análisis de asociación entre variables. Como potenciales limitaciones, se consideraron sesgo de selección por participación voluntaria y posible sesgo de información derivado de la autodeclaración de respuestas.

### Resultados

El 82,7 % de los residentes refirió dedicar una parte significativa de su jornada laboral a tareas consideradas no formativas. Un 44,9 % estimó que estas tareas ocupan más del 25 % de su tiempo asistencial diario.

El 71,3 % consideró que la carga de tareas no formativas afecta negativamente a su aprendizaje clínico y el 65,8 % manifestó que reduce el tiempo disponible para la supervisión y la docencia directa. Esta percepción fue más frecuente en residentes de atención primaria y en los primeros años de residencia. Además, se observó una asociación significativa entre mayor carga de tareas no formativas y menor satisfacción global con la residencia.

### Conclusiones

Las tareas no formativas representan una carga relevante para los médicos residentes y se asocian a una peor percepción de la calidad docente y de la experiencia formativa. La redistribución de funciones y la optimización de los procesos organizativos podrían mejorar el aprovechamiento del tiempo formativo y la satisfacción durante la residencia.

## 918/71. BENEFICIO CARDIOVASCULAR ASOCIADO A POLIPÍLDORA DE RAMIPRIL, ATORVASTATINA Y ÁCIDO ACETILSALICÍLICO FRENTE A LOS MISMOS FÁRMACOS ADMINISTRADOS INDEPENDIENTEMENTE. ESTUDIO TRIAP.

### Autores:

*Rodríguez Armesto, A.[1], Rodríguez Blanco, A.[2], Cinza Sanjurjo, S.[3], Rey Aldana, D.[4], Portela Romero, M.[3], González Juanatey, J.[5]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estrada. A Estrada. Pontevedra, (5) Especialista en Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. La Coruña*

### Objetivos

Analizar si hay diferencias en el descenso de presión arterial y LDL-colesterol en los pacientes que reciben la polipíldora del CNIC (centro Nacional de Investigación en enfermedades Cardiovasculares) comparado con los monocomponentes por separado en una cohorte de pacientes de Atención Primaria.

### Metodología

Se plantea un estudio de cohortes retrospectivas, con dos ramas de seguimiento longitudinal (polipíldora vs monocomponentes por separado), de los pacientes incluidos en la base de datos nacional BIFAP (Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en el Ámbito Público). El estudio incluyo pacientes mayores de 40 años, con ECV previa y que iniciaran tratamiento simultáneamente con ramipril, atorvastatina y AAS 100mg, durante al menos 12 meses, entre el 1 de enero de 2002 y 31 de diciembre de 2018. Se analizaron los cambios en la presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) y perfil lipídico mediante la pruebs de t-

Student. Se utilizó un ajuste por Propensity score en el que se utilizaron las siguientes variables para el ajuste: edad, sexo, HTA, DM, dislipemia, obesidad, tabaquismo, insuficiencia cardíaca, infarto cerebral, infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica, aterosclerosis aórtica; y la dosis de cada una de las moléculas comparadoras (ramipril y atorvastatina).

## Resultados

Se incluyeron un total de 12,182 pacientes (2,229 pacientes en la rama de polipíldora-CNIC, con un seguimiento medio de 2,52 años, y 9,953 pacientes en la rama de los monocomponentes, con un seguimiento medio de 3,85 años). Tras el seguimiento de ambas cohortes, la PAS y la PAD descendieron más en el grupo de pacientes de monocomponentes (p=0.003 y p<0.001, respectivamente). Además, el descenso de PAS y PAD superior al 10% fue mayor en los pacientes del grupo de monocomponentes. Respecto al perfil lipídico, el descenso de LDL colesterol fue mayor en los pacientes de la cohorte de monocomponentes (p<0.001) y también en este grupo se observó un descenso de superior al 10% en más pacientes (82.3% vs 70.9%, p<0.001).

## Conclusiones

La utilización de la polipíldora cardiovascular del CNIC en nuestro trabajo no se ha asociado a mayor descenso de presión arterial ni del LDL colesterol.

# 918/72. MORTALIDAD DE ORIGEN CARDIOVASCULAR EN UN ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVAS CON DOS RAMAS DE SEGUIMIENTO: POLIPÍLDORA Y MONOCOMPONENTES POR SEPARADO. ESTUDIO TRIAP.


## Autores:

*Rodríguez Armesto, A.[1], Rodríguez Blanco, A.[2], Cinza Sanjurjo, S.[3], Rey Aldana, D.[4], Portela Romero, M.[3], González Juanatey, J.[5]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estrada. A Estrada. Pontevedra, (5) Especialista en Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. La Coruña*


## Objetivos

Analizar si hay diferencias en la mortalidad cardiovascular específica en los pacientes que reciben la polipíldora del CNIC comparado con los monocomponentes por separado en una cohorte de pacientes de Atención Primaria.

## Metodología

Se plantea un estudio de cohortes retrospectivas,con dos ramas de seguimiento longitudinal(polipíldora vs monocomponentes por separado),de los pacientes incluidos en la base de datos nacional BIFAP.El estudio incluyo pacientes mayores de 40 años,con ECV previa y que iniciaran tratamiento simultáneamente con ramipril,atorvastatina y AAS 100mg,durante al menos 12 meses(seguimiento hasta muerte,fin de tratamiento o fin de período de observación),entre el 1 de enero de 2002 y 31 de diciembre de 2018.Para la comparación de incidencias de eventos mortales cardiovasculares entre ambos grupos se utilizó las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. Se realizó un análisis multivariante de Cox para comparar las incidencias entre ambas cohortes y obtener la Hazard ratio.Se utilizó un ajuste por Propensity score como covariable en el que se utilizaron las siguientes variables para el ajuste:edad,sexo,HTA,DM,dislipemia, obesidad,tabaquismo,insuficiencia cardíaca,infarto cerebral,infarto de miocardio,enfermedad vascular periférica,aterosclerosis aórtica;y la dosis de cada una de las moléculas comparadoras(ramipril y atorvastatina).Los hallazgos confirmaron que el PS hizo que ambos grupos fueran comparables.Se obtuvo alta probabilidad predicha en ambos grupos (0,77 [0,77],en polipíldora, frente a 0,77 [0-11],en monocomponentes,p=0,154).

## Resultados

Se incluyeron un total de 12,182 pacientes(2,229 pacientes en la rama de polipíldora-CNIC y 9,953 pacientes en la rama de los monocomponentes).Ambas cohortes fueron seguidas durante más de 2 años,la cohorte de polipíldora-CNIC fue seguida entre 1 y 4.93 años (2.52 años de media) y la cohorte de los monocomponentes fue seguida entre 1 y 15.32 años (3.85 años de media).En el seguimiento se observaron un total de 698 fallecimientos de causa cardio-

vascular con una incidencia del 4.4% en la cohorte de polipíldora-CNIC y del 6.0% en la cohorte de monocomponentes.Siendo mayor la hazard ratio en esta última:1.72(IC95%:1.63-2.26),p=0.004.

### Conclusiones

La utilización de la polipíldora cardiovascular del CNIC en nuestro trabajo se ha relacionado con menor tasa de mortalidad cardiovascular. Una limitación es el sesgo de confusión por indicación y cumplimiento terapéutico, ya que la adherencia fue superior en la polipíldora CNIC(92,5% frente a 74,3%,p<0,001).

## 918/112. INFECCION URINARIA EN GRUPO ETARIO PREMENOPAUSICO


### Autores:

*Maculet Rey, A.[1], Maculet Rey, M.[2], Rodríguez Jiménez, C.[3], Reche Fernández, I.[4], Ruiz Torrecillas, F.[5], Rey Martín, A.[6]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alameda. Alameda. Málaga, (2) Enfermera. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villanueva de Algaidas. Villanueva de Algaidas. Málaga, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Mollina. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alameda. Alameda. Málaga, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga*


### Objetivos

Determinar las actuaciones terapéuticas empíricas en el tratamiento de infección tracto urinario (ITU) de mujeres premenopáusicas y compararlas con las recomendaciones en guías. Cuantificar indicación adecuada o no de urocultivo previo al tratamiento. Identificar sensibilidad antimicrobiana/mapa microbiológico, perfil del paciente tipo, diagnóstico escrito por el facultativo.

### Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, transversal. Centro de salud urbano de atención primaria de un Servicio Público de Salud. Durante 6 meses se obtienen datos microbiológicos, y los 3 meses posteriores datos clínicos. Se incluyeron y analizaron el 100% de urocultivos positivos solicitados, total 46, de mujeres entre 18-44 años, total 43 mujeres. Fuente: Unidad Gestión Clínica (UGC) Microbiología Hospital Público Regional e Historia Salud Digital Atención Primaria. Estadístico: univariante (descriptivo).

### Resultados

41% de ITU, tratamiento fue fosfomicina 3 gramos. En 100% de estos tratamientos, fueron indicadas dos dosis. Otros antibióticos prescritos fueron: ciprofloxacino 14%, cefuroxima 12%, amoxicilina-clavulánico 8%, levofloxacino 8%. De 46 urocultivos positivos, en el 74% sí procedía su solicitud; en 26%, no había indicación de solicitud. Microorganismo más frecuente Escherichia (E) coli 61%. Mayor sensibilidad antibiótica: nitrofurantoína, cefuroxima, fosfomicina, por ese orden. Perfil: mujer no embarazada, 33 años cistitis, sin antecedentes personales. Diagnóstico escrito por el facultativo: 24% embarazadas asintomáticas, 15% ITU.

### Conclusiones

Las guías aconsejan fosfomicina trometamol monodosis en tratamiento de cistitis aguda simple en mujer premenopáusica. Casi mitad de tratamientos prescritos en nuestro estudio fue fosfomicina trometamol, aunque nunca son prescritos en monodosis, Esto supone un posible incremento de costes, efectos secundarios, resistencias. Recordar esto a facultativos para cambiar su hábito prescriptor, por repercusiones clínicas, ecológicas, económicas. Realizar urocultivos seriados en embarazadas porque todas las gestantes con ITU son asintomáticas. En no gestantes, se solicitan excesivos urocultivos sin indicación, lo que puede suponer sobrecarga de complementarias para usuaria y laboratorio. Recordar a facultativos cuáles son las indicaciones de solicitud de urocultivo. Igual que en guías, escherichia coli es el microorganismo más frecuente. Mayor sensibilidad antibiótica a nitrofurantoína, cefuroxima (cuya utilización es menos recomendable) y fosfomicina.

## 918/137. EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA "BENZOSTOP" EN LA DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Grande Ruiz, A.[1], López-Unzu López, Á.[2], Garzón Polanco, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C.*

*Dos Hermanas. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arahal. Arahal. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Cabezas de San Juan. Las Cabezas de San Juan. Sevilla*

### Objetivos

Evaluar la efectividad del programa "Benzostop" en Atención Primaria (AP) para reducir el consumo crónico de BZD. Describir el perfil de los pacientes incluidos en el estudio. Analizar los factores asociados a la deprescripción completa.

### Metodología

Se realizó un estudio cuasi experimental longitudinal prospectivo. Se prescindió de grupo control por limitaciones éticas (mantener el consumo de una sustancia patológica) y factibilidad en el contexto de AP. Se extrajo la población desde tres centros de salud del mismo área sanitaria. Se incluyeron adultos con prescripción >3 meses de una única BZD para tratamiento del insomnio y/o ansiedad leve-moderada. Se excluyeron aquellos en seguimiento por Salud Mental, así como pacientes con Trastorno Mental Grave, epilepsia, enfermedades neurodegenerativas o paliativos. Se aplicó el programa "Benzostop", basado en entrevista estructurada, educación sanitaria y pauta de reducción progresiva. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y de consumo de BZD (expresadas en miligramos equivalentes de diazepam). Se empleó la prueba de Wilcoxon pareada para comparar el consumo de BZD antes y después de la intervención. La deprescripción completa se analizó con Chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Se utilizaron modelos de regresión para evaluar asociaciones. Se calcularon intervalos de confianza del 95%, con $p < 0,05$.

### Resultados

Se incluyeron 44 pacientes, con predominio de mujeres (84%) y una edad media de 60,5 años. La mayoría presentaba un consumo superior a 30 meses, insomnio y/o sintomatología ansiosa leve-moderada cronificada. Se logró la deprescripción completa en el 41% de los casos, con mayor reducción de consumo en los dos primeros meses. No hubo diferencias significativas en la puntuación basal de ansiedad entre los pacientes con y sin deprescripción completa.

### Conclusiones

El estudio no es estadísticamente significativo dado el limitado tamaño muestral (44 de 130 estimados), siendo un motivo principal la baja participación. No obstante ofrece resultados prometedores, con deprescripción completa del 41% y con mayor reducción de consumo durante los dos primeros meses de intervención. Existe un importante sobreuso de BZD, siendo las mujeres de edad media el perfil predominante. No se identificaron factores asociados a la deprescripción completa salvo ser mujer, aunque la baja representación masculina limita dicha interpretación.

## 918/271. IMPACTO DE UNA CONSULTA INTEGRAL DE DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL CRIBADO DE COMPLICACIONES Y LA INTENSIFICACIÓN TERAPÉUTICA

### Autores:

*Delgado Eslava, C.[1], Gil Aguilar, V.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga*

### Objetivos

Evaluar el impacto de la implantación de una consulta integral de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en Atención Primaria sobre la cobertura de cribado de complicaciones y la optimización terapéutica en pacientes con seguimiento insuficiente.

### Metodología

Estudio de intervención prospectivo tipo antes-después. Realizado en un centro de Atención Primaria. Se incluyeron 85 pacientes con DM2, edad entre 30 y 85 años, con cribado incompleto y/o mal control metabólico. La intervención consistió en una consulta semanal que integró en un único acto clínico valoración médica y enfermería conjunta, realizando ajuste terapéutico y actualización analítica por parte de medicina y, exploración de pie diabético y retinografía como funciones para enfermería. Se analizaron situación basal de retinografía, control metabólico e intensificación terapéutica.

### Resultados

La mayoría de los pacientes presentaban hemoglobina glicosilada (HbA1c) superior a 8% al inicio. En la situación basal, 47/85 pacientes (55,3%) presentaban retinografía desactualizada (=2019), 25/85 (29,4%) no disponían de retinografía previa y solo 13/85 (15,3%) tenían se-

guimiento actualizado. Tras la intervención se alcanzó el 100% de realización de retinografía, exploración de pie diabético y actualización analítica. Se realizaron modificaciones terapéuticas en 80/85 pacientes (94,1%). En más de la mitad se introdujeron inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 por mal control glucémico o presencia de albuminuria persistente en Atención Primaria. En 8 pacientes (9,4%) se inició insulinoterapia ante mal control persistente. Otros 3 pacientes (3,5%), pese a encontrarse con tratamiento oral máximo intensificado y HbA1c persistentemente elevada, rechazaron inicio de insulina tras información clínica.

### Conclusiones

La consulta integral en un único acto permite corregir déficits relevantes en el cribado de complicaciones y facilita la intensificación terapéutica en pacientes con DM2 mal controlada o con perdida de seguimiento. Este modelo organizativo es factible en Atención Primaria y puede contribuir a reducir inercias terapéuticas y brechas asistenciales.

## 918/274. EFECTO EN SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS Y AUTOESTIMA TRAS PARTICIPACIÓN EN GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS (GRUSE)


### Autores:

*Gámez Ibarra, I.[1], Vargas Vargas, M.[1], López Sánchez, J.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga*


### Objetivos

Analizar el efecto en la percepción de la salud mental (ansiedad y depresión) en las mujeres tras participar grupos GRUSE de los centros de salud Ciudad Jardín y Puerta Blanca (zonas básicas de salud urbanas), así como evaluar el efecto de las sesiones sobre la autoestima de las participantes y contrastar los resultados entre los dos centros.

### Metodología

Se realizará un estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo, sin grupo control, con análisis antes-después de la intervención. Participarán mujeres de entre 35 y 70 años derivadas desde Atención Primaria a los grupos socioeducativos (GRUSE), desarrollados entre septiembre y diciembre de 2024. Cada grupo recibirá entre 8 y 10 intervenciones semanales de 100-120 minutos, con metodología activa y participativa basada en la experiencia y el trabajo grupal.

La muestra estará compuesta por 6 a 13 mujeres por grupo, seleccionadas por la Trabajadora Social según criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Se evaluará el efecto de la intervención en ansiedad y depresión mediante la Escala de Goldberg y en autoestima mediante la Escala de Rosenberg.

Además, se recogerán variables sociodemográficas y relacionadas con salud (estado civil, nivel educativo, ingresos, uso de psicofármacos, violencia de género, entre otras). Se realizará análisis descriptivo y bivariante para estudiar asociaciones y cambios tras la intervención.

### Resultados

N =44; Media de edad 58 ± 8,3 años. Media ingresos 1543,64€ ± 832.87. Usuaria cuidadora 79.55% (n=35).

Ansiedad (pre) 6,93 puntos ± 2,21. Ansiedad (post) 4,57 puntos ± 1,78.

Depresión (pre) 6,52 puntos ± 2,44. Depresión (post) 4,34 puntos ± 1,92.

Autoestima (Rosenberg) pre 20,26 puntos ± 5,13. Autoestima (Rosenberg) post 22,50 puntos ± 4,82.

### Conclusiones

La intervención ha resultado estadísticamente significativa ($p < 0.001$) en todas las dimensiones para ambos centros a pesar de no tener grupo control. Tanto en Ciudad Jardín como en Puerta Blanca, las pacientes mejoraron su ansiedad, depresión y autoestima. Aunque ambos centros logran reducir la ansiedad y depresión a niveles similares, Ciudad Jardín consigue unos niveles de autoestima final significativamente superiores a Puerta Blanca.

Los GRUSE se perfilan como una intervención eficaz y potencialmente coste-efectiva en salud mental comunitaria. Se requieren estudios controlados.

## 918/265. ADECUACIÓN DEL USO DE INHIBIDORES SGLT2 EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Hernández Rodríguez, J.[1], Ramos Alonso, S.[2], Pérez González, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Norte. Vélez-Málaga. Málaga, (3) Especialista en Medicina Interna. Centro de Salud Vélez - Málaga Norte. Vélez-Málaga. Málaga*

### Objetivos

Objetivos: analizar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) la carga de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), evaluar el uso de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) como intervención frente a la no prescripción y determinar la adecuación de su uso según recomendaciones clínicas, considerando la función renal en Atención Primaria (AP).

### Metodología

Metodología: se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron 100 pacientes con DM2 seleccionados mediante muestreo consecutivo no probabilístico procedentes de la agenda asistencial de martes y jueves de cuatro centros de salud durante un periodo de 3 meses, de un total de 414 pacientes disponibles. Se recogieron variables demográficas, número de FRCV, filtrado glomerular estimado (FGe) en ml/min/1,73 $m^2$, albuminuria mediante cociente albúmina/creatinina en mg/g, comorbilidad y tratamiento con iSGLT2. Se definieron tres grupos: DM2 aislada, DM2 con un FRCV adicional y DM2 con tres o más FRCV. Se consideró uso adecuado de iSGLT2 su prescripción en pacientes con alto riesgo cardiovascular o enfermedad renal crónica con FGe = 20 ml/min/1,73 $m^2$, en ausencia de contraindicaciones como FGe < 20 ml/min/1,73 $m^2$, antecedentes de cetoacidosis euglucémica o alergia al fármaco. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica y se analizaron mediante estadística descriptiva. El estudio cumplió la normativa ética y de protección de datos.

### Resultados

Resultados: la edad media fue 70,63 años y el 60% fueron mujeres. El 6% presentó DM2 sin otros FRCV, el 22% asoció un FRCV adicional y el 72% presentó tres o más FRCV. El FGe medio fue de 68,2 ml/min/1,73 $m^2$ y el 34% presentó FGe < 60 ml/min/1,73 $m^2$. El 15% presentó albuminuria con cociente albúmina/creatinina > 30 mg/g. El 47% recibió iSGLT2. Del 53% que no lo recibió, el 64,15% presentó tres o más FRCV.

### Conclusiones

conclusiones: los pacientes con DM2 presentan elevada carga de riesgo cardiovascular y renal. Aunque el uso de iSGLT2 es moderado, existe infrautilización en pacientes de alto riesgo sin contraindicaciones claras. Es necesario optimizar su prescripción en AP para mejorar el pronóstico cardiovascular y renal.

## 918/266. USO DE INHIBIDORES SGLT2 EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Autores:

*Hernández Rodríguez, J.[1], Ramos Alonso, S.[2], Pérez González, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Sur. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Norte. Vélez-Málaga. Málaga, (3) Especialista en Medicina Interna. Centro de Salud Vélez - Málaga Norte. Vélez-Málaga. Málaga*

### Objetivos

Analizar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) la prevalencia de enfermedad cardiovascular establecida (ECV), evaluar el uso de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) como intervención frente a la no prescripción y determinar la adecuación de su uso según recomendaciones clínicas, considerando la función renal en Atención Primaria (AP).

### Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron 100 pacientes con DM2 seleccionados mediante muestreo consecutivo no probabilístico procedentes de la agenda asistencial de martes y jueves de cuatro centros de salud durante un periodo de 3 meses, de un total de 414 pacientes disponibles. Se definió ECV como la presencia de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica. Se recogieron variables demográficas, presencia de ECV, filtrado glomerular estimado (FGe) en ml/min/1,73 $m^2$, albuminuria mediante cociente albúmina/creatinina en mg/g, comorbilidad y tratamiento con iSGLT2. Se consideró uso adecuado de iSGLT2 su pres-

cripción en pacientes con DM2 y ECV o enfermedad renal crónica con FGe =20, en ausencia de contraindicaciones como FGe <20, antecedentes de cetoacidosis euglucémica o alergia. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y se analizaron mediante estadística descriptiva. El estudio cumplió la normativa ética y de protección de datos.

### Resultados

La edad media fue 70,63 años y el 60% fueron mujeres. La ECV estuvo presente en el 38% de los pacientes. El FGe medio fue de 68,2, presentando el 34% un FGe <60. En el subgrupo con ECV, el 52,63% recibió iSGLT2 y el 47,37% no lo recibió. En el total de la muestra, el 47% estaba en tratamiento con iSGLT2. Entre los pacientes con ECV sin tratamiento, el 78,95% presentó tres o más factores de riesgo cardiovascular y un 42,10% mostró FGe <60.

### Conclusiones

Los pacientes con DM2 presentan una elevada carga de ECV y deterioro de la función renal. Aunque el uso de iSGLT2 es moderado, existe un porcentaje relevante de pacientes con indicación potencial que no lo recibe, incluso en ausencia de contraindicaciones claras. Esto sugiere margen de mejora en la adecuación terapéutica, siendo necesario integrar la valoración conjunta del riesgo cardiovascular y renal para optimizar la prescripción.

## 918/275. PERFIL DEL PACIENTE CON OBESIDAD Y SOBREPESO EN LA ZONA MÁLAGA ESTE - AXARQUÍA


### Autores:

*Parrado Espinosa, M.[1], Heersche Morillo, A.[1], Sánchez Valentín, L.[2], Virgós Varela, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Vélez-Málaga. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez - Málaga Norte. Vélez-Málaga. Málaga*


### Objetivos

Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con obesidad y sobrepeso en el área de la Axarquía, atendiendo a sus características sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades.

### Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal de una selección aleatoria de 384 pacientes con obesidad y sobrepeso atendidos en consulta de Atención Primaria en junio de 2024. Los datos utilizados se han extraído de sus historias clínicas y analizados utilizando medidas de frecuencia. El estudio cumplió las normas éticas de buena práctica clínica y garantizó la confidencialidad de los datos.

### Resultados

La media de los pacientes fue de 61.01 años (22-92), siendo el 59.5% mujeres y el 81.9% de nacionalidad española (5.6% del resto de Europa, 11.2% americana, 1.4% africana). De ellos el 44.7% residía en Torre del Mar, el 35.8% en Vélez-Málaga Norte, y el 19.5% en Nerja. Atendiendo al IMC, el 48% se encontraron en rango de sobrepeso, 32.1% obesidad grado I, 16.7% obesidad grado II y 5.1% obesidad grado III. En cuanto a los hábitos tóxicos, 24.2% eran fumadores, 11.6% eran bebedores y 0.9% consumían otras drogas. En relación a comorbilidades, un 5.1% presentó un FG menor de 40, un 59.6% presentaron HTA, 39% de los pacientes eran diabéticos (2.3% DM tipo 1 y 36.7% DM tipo 2) y el 21.4% tenían esteatosis hepática.

La dislipemia estuvo presente en el 59.1% (CT 189.96 ± 41.447, LDL 107.82 ± 35.093, HDL 50.65 ± 13.999, TG 150.31 ± 116.418), con un 35.8% en tratamiento hipolipemiante.

Por último, el 5.6% de los pacientes presentaron una accidente cerebrovascular y el 13.5% presentaron enfermedad venosa.

### Conclusiones

El perfil de paciente con obesidad/sobrepeso en la zona de La Axarquía es una mujer de 61 años, española, destacando como patología concomitante más frecuente la hipertensión, dislipemia y diabetes.

## 918/281. CARACTERISTICAS CLÍNICO-FARMACOLÓGICAS E IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN TERAPEUTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTUDIO COMPARATIVO 2023-2025 EN MEDIO RURAL


### Autores:

*Machín Hernández, M.[1], Monsalve Valencia, M.[2], Arjona González, P.[3], Moriel Coronado, M.[2], Gámez Ibarra, I.[4], Vargas Vargas, M.[4]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colmenar. Colmenar. Málaga, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga*

### Objetivos

Describir las características clínico-farmacológicas en 2025 y evidenciar la evolución del tratamiento farmacológico y las comorbilidades de pacientes diabéticos tipo 2 entre 2023 y 2025 en una zona rural, tras las actualizaciones de guías de prácticas clínicas.

### Metodología

Estudio descriptivo, longitudinal, observacional y retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes diabéticos tipo II diagnosticados antes de 2023 en zona rural. Datos recogidos de la historia clínica digital. Población de 480. Se calculó un tamaño muestral (nivel de confianza del 95%, precisión 5%, proporción 0,5, nivel de pérdidas del 15%) de 120 pacientes, realizando un muestreo aleatorio sistemático en las dos ocasiones. Variables: sociodemográficas, comorbilidades y fármacos hipoglucemiantes. Medidas de frecuencia, comparación de medias y de asociación. Se consideró un nivel de significación de a=0,05. Los análisis se ejecutaron en el paquete SSPB-20. Estudio aprobado por el CEI provincial.

### Resultados

Se obtuvieron datos de 120 pacientes. Varones 65 (54,2%; IC 95%: 45,2-63,1). Media de edad de 71,1±11,3años. Duración media de 12,58±6,79años. Tabaquismo activo 8 (8,9%; IC95%: 3-8,13,9). Complicaciones 2025: IAM 20 (16,7%; IC95%: 10-23,3), Ictus 14 (11,7%; IC95%: 5,9-17,4) y EAP 7 (5,8%; IC95%: 1,6-9,9). Retinopatía diabética 11 (9,2%; IC95%: 4-14,3), Neuropatía 2 (1,7%; IC95%: 0,6-4), ERC 32 (26,7%; IC95%: 21,8-38,1), HTA 94 (78,3%; IC95%: 70,9-85,6), Dislipemia 63 (60,8%; IC95%: 52-69,5) e insuficiencia cardiaca 10 (10%; IC95%: 4,6-15,3). Tratamientos 2025: Metformina 83 (69,2%; IC95%; 60,9-77,4), Sulfonilureas 10 (8,3%; IC95%: 3,3-13,2), ISGLT-2 68 (56,7%; IC95%: 47,8-65,5), GLP-1 21 (17,5%; IC95% 10,7-24-2), DPP4 51 (42,5%; IC95%: 33,6-51,3), Insulinas 45 (37,5%; IC95%: 28,8-46,1), Estatinas 84 (70%; IC95%: 61,8-78,1). La única diferencia significativa entre sexos (52 vs 31; p=0,048), fue el uso de metformina en 52 varones (76,5%; IC95%: 66,4–86,6).

Comparación entre 2023-2025: Tabaquismo activo (16 vs 8; p=0,024), IAM (22 vs 20; p=0,74), Neuropatía diabética (6 vs 2; p=0,99), ERC (36 vs 32; p=0,11), Metformina (86 vs 83; p=0,33), iSGLT2 (32 vs 68; p=0,005), sulfonilureas (29 vs 10; p<0,001), GLP-1 (10 vs 21; p=0,15).

### Conclusiones

- Reducción significativa de los fumadores activos.
- Reducción significativa en el uso de sulfonilureas y aumento significativo de iSGLT2.
- Más de la mitad de los pacientes presentaban otro factor de riesgo cardiovascular asociado (dislipemia, HTA).

## 918/283. CAMBIOS EN EL CONTROL GLUCEMICO Y METABOLICO TRAS LA ACTUALIZACIÓN TERAPEUTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTUDIO COMPARATIVO 2023-2025 EN MEDIO RURAL

### Autores:

*Machín Hernández, M.[1], Peña Pérez, S.[2], Merino Barriuso, P.[3], Monsalve Valencia, M.[4], Moriel Coronado, M.[4]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (4) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga*

### Objetivos

Describir los cambios en el control glucémico, metabólico y utilización de recursos sanitarios entre 2023 y 2025 en un área de atención primaria rural, tras las actualizaciones de guías de prácticas clínicas.

### Metodología

Estudio de una cohorte retrospectiva. Criterios inclusión: diabéticos tipo II diagnosticados antes de 2023 en zona rural. Datos recogidos de la historia clínica digital. Población de 480. Se calculó un tamaño muestral (nivel de confianza del 95%, precisión 5%, proporción

0,5, nivel de pérdidas del 15%) de 120 pacientes, realizando un muestreo aleatorio sistemático en las dos ocasiones. Variables: clínicas, analíticas y de utilización de recursos. Medidas de frecuencia, comparación de medias y de asociación. Se consideró un nivel de significación de a=0,05. Los análisis se ejecutaron en el paquete SSPB-20. Estudio aprobado por el CEI provincial.

## Resultados

Se obtuvieron datos de 120 pacientes. Varones 65 (54,2%; IC 95%: 45,2-63,1). Media de edad de 71,1±11,3 años. Duración media de 12,58±6,79 años. Tabaquismo activo 8 (8,9%; IC95%: 3-8,13,9). En 2025 los valores medios de PAS 131,44±18,66mmHg (IC95%: 127,00–135), PAD 73,76±10,83mmHg (IC95%: 71,19–76,33), IMC 32,04±6,58 (IC95%: 30,86-33,21), Glucemia basal 128,18±42,51mg/dl (IC95%: 120,12–136,24), HbA1c 7,47±1,31 % (IC95%: 7,20–7,74), LDL 84,19±33,32 mg/dl (IC95%: 77,85–90,53 mg/dl), Vitamina B12 407,90±261,39pg/ml (IC95% de 340,63–475,17), Cociente A/C 59,01±55,41mg/g (IC95%: 49,09-68,92). Realización de retinografías 54 (45,4%; IC95%: 36,4-54,3) y pie diabético 23 (19,2%; IC95%: 12,1-26,2). Uso de asistencia sanitaria 2025: Medicina de familia 7,58±5,82 (IC95%: 6,53-8,62), Enfermería 2,95±3,79 (IC95%: 2,27-3,62), Urgencias Atención Primaria 2,47±5,49 (IC95%: 1,48-3,45), Urgencias Hospitalarias 0,41 ±0,91 (IC95%: 0,24-0,57).

Comparación entre 2023-2025:Tabaquismo activo (16vs8; p=0,024), PAS (139,66vs 131,44mmHg; p=0,01), PAD (77,99vs73,76mmHg; p=0,015), glucemia basal (141,72 vs 128,18mg/dl; p=0,028) y LDL (102,45vs84,19 mg/dl; p<0,001), HbA1c (8,33% vs 7,47%; p=0,307), Vitamina B12 (310,84 vs 407,90pg/ml; p=0,014). Cociente A/C (240,62 vs 59,01; p=0,11). Retinografías (12vs54; p<0,0001), Pie diabético (10vs23; p=0,013). Uso de urgencias de Atención Primaria (1,37vs2,47 consultas; p=0,039).

## Conclusiones

- Mejoría significativa del control tensional, glucemia basal, dislipemia y vitamina B12.
- Aumento significativo de retinografías y valoración de pie diabético.
- Incremento significativo en la frecuentación de urgencias en Atención Primaria, no obstante, el diseño del estudio no permite identificar los factores asociados, siendo necesario su análisis en futuros estudios.

# PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

## MÉDICO DE FAMILIA

### 918/123. UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA CLINICA RENAL Y DEL INDICE DE RESISTENCIA RENAL EN LA ESTRATIFICACION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO DE COHORTES

**Autores:**

*Martínez Buendía, C.[1], Rando Nagera, E.[1], Moreno Muñoz, M.[2]*

**Centro de Trabajo:**

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (2) Especialista en Nefrología. Centro de Salud El Consul. Málaga*

#### Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) afecta al 9-15 % de la población adulta y al 20-30 % de los pacientes de alto riesgo en Atención Primaria (AP). El manejo habitual mediante filtrado glomerular estimado (FGe) y cociente albúmina/creatinina (ACR) no diferencia el daño estructural crónico de alteraciones funcionales transitorias ni evalúa la hemodinámica renal. La ecografía clínica y el índice de resistencia renal (IRR) podrían aportar información relevante para estratificar la ERC en AP.

#### Objetivos

El objetivo principal es analizar la relación entre parámetros ecográficos (IRR global, grosor cortical medio e índice w-KL/H) y el FGe (CKD-EPI) en pacientes con factores de riesgo de ERC y/o ERC establecida en AP. Como objetivos secundarios se evaluarán el valor diagnóstico añadido de la ecografía frente al modelo clínico estándar (edad, diabetes mellitus [DM], ACR), la asociación entre parámetros ecográficos basales y la evolución renal a 12 meses, y la factibilidad técnica.

#### Diseño

Se diseña un estudio observacional, analítico, prospectivo de cohortes de 12 meses.

#### Emplazamiento

En un centro de salud urbano de Atención Primaria

#### Material y métodos

Se incluirán consecutivamente pacientes =18 años con al menos un factor de riesgo de ERC (hipertensión arterial, DM, enfermedad cardiovascular, edad =60 años, ACR =30 mg/g o FGe <60 ml/min/1,73 $m^2$) y/o ERC según criterios KDIGO, con indicación de ecografía renal y consentimiento informado. Se excluirán pacientes con lesión renal aguda, ERC estadios G4-G5 en seguimiento exclusivo por nefrología, patología urológica mayor, embarazo e imposibilidad de seguimiento. El tamaño muestral previsto es de 160-200 pacientes; asumiendo prevalencia de FGe <60 ml/min/1,73 $m^2$ del 25-30 %, se esperan 40-60 eventos, permitiendo ajustar una regresión logística con hasta 5 predictores (=10 eventos por variable). Tres médicas de familia realizarán exploraciones según protocolo estandarizado: modo B (longitud renal, grosor cortical en tres polos, ecogenicidad) y Doppler pulsado (IRR en arterias interlobares de ambos riñones, promedio de tres ondas espectrales), tras entrenamiento de 4-6 horas teórico-prácticas más 10 exploraciones supervisadas (coeficiente de correlación intraclase 0,85-0,96). El análisis estadístico incluye: descriptivo; correlaciones de Pearson/Spearman entre FGe y parámetros ecográficos; regresión lineal múltiple con FGe como variable dependiente; regresión logística comparando modelo clínico (edad, DM, ACR) frente a modelo clínico más ecografía (IRR global y grosor cortical), evaluando discriminación mediante área bajo la curva ROC, -2log-verosimilitud y $R^2$ de Nagelkerke; y análisis exploratorio de la asociación entre parámetros basales y evolución renal. Las limitaciones principales son el diseño observacional, el ámbito unicéntrico, el tamaño muestral acotado y la variabilidad interobservador, controlada con entrenamiento y auditoría periódica. Análisis con SPSS; significación p <0,05; IC 95 %.

#### Aplicabilidad

Si los resultados confirman el valor añadido de la ecografía renal, podrían orientar la estratificación de pacientes con ERC en AP, optimizar derivaciones a nefrología y fundamentar un proceso asistencial integrado.

#### Aspectos ético-legales

El estudio cumple la Declaración de Helsinki, el RGPD (Reglamento UE 2016/679) y la LOPDGDD (Ley Orgánica 3/2018). Se obtendrá aprobación del comité de

ética de la investigación y consentimiento informado escrito de cada participante. Los datos se codificarán garantizando la confidencialidad.

## 918/136. OPTIMIZACIÓN DEL CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL


### Autores:

*Girón Prieto, M.[1], Muñoz Gámez, A.[2], Cabrerizo Carvajal, A.[3], Alfaro Juarez, A.[4], López Molina, A.[5], Lupiáñez Castillo, J.[6]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario San Cecilio. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhama de Granada. Alhama de Granada. Granada, (4) Especialista en Oftalmología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (5) Ingeniero informático en el proyecto de investigación, (6) Enfermero. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada*


### Introducción

La retinopatía diabética es una de las principales causas de ceguera prevenible y su cribado forma parte de la actividad habitual en Atención Primaria. La interpretación de retinografías supone una elevada carga asistencial y presenta variabilidad entre profesionales. El desarrollo de herramientas basadas en inteligencia artificial puede mejorar la eficiencia, la estandarización y el apoyo a la toma de decisiones clínicas en el médico de familia.

### Objetivos

Desarrollar y validar un modelo de inteligencia artificial basado en redes neuronales para la detección y localización automática de lesiones asociadas a RD y edema macular, como herramienta de apoyo al médico de familia.

### Diseño

Proyecto de investigación diagnóstico en fases: desarrollo del modelo, estudio de validez diagnóstica y evaluación clínica en condiciones reales.

### Emplazamiento

Centros de Atención Primaria y hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, con colaboración multidisciplinar (AP, Oftalmología, Salud Pública e Ingeniería).

### Material y métodos

Se utilizarán retinografías procedentes de repositorios abiertos, excluyendo imágenes de baja calidad. Las lesiones clínicamente relevantes (hemorragias y exudados) serán etiquetadas por oftalmólogos expertos, que constituirán el estándar de referencia.

Se desarrollará un modelo de detección de objetos mediante deep learning con entrenamiento iterativo, transferencia de aprendizaje y técnicas de aumento de datos.

Paralelamente, se ha diseñado una interfaz web que permite la carga de imágenes, la visualización de las lesiones detectadas mediante superposición gráfica, el ajuste de umbrales de confianza y la generación de un informe estructurado.

En fases posteriores se evaluarán sensibilidad, especificidad, precisión y concordancia con respecto al diagnóstico por consenso de especialistas.

### Aplicabilidad

Esta herramienta podría reducir la carga asistencial en AP, mejorar la precisión diagnóstica y optimizar las derivaciones a Oftalmología, contribuyendo a un cribado más eficiente y estandarizado.

### Aspectos ético-legales

Estudio con imágenes anonimizadas y aprobación del Comité de Ética, conforme a la normativa de protección de datos.

## 918/164. PROYECTO FUNCIONA: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA MULTIMODAL CENTRADO EN OBJETIVOS FUNCIONALES PARA EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Martínez Buendía, C.[1], Asenjo Plaza, M.[1], Prats Florez, D.[2], Bermúdez Pérez, M.[3], Porras Perales, O.[4], Doña López, F.[4]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (3) Enfermera. Centro de Salud El Consul. Málaga, (4) Enfermero. Centro de Salud El Consul. Málaga*

## Introducción

El dolor crónico no oncológico (DCNO) afecta al 17–25% de la población adulta en España y constituye uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria (AP), asociándose a deterioro funcional, emocional y social, así como a elevada medicalización por uso mantenido de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos y opioides. Frente a este modelo centrado en el síntoma, los grupos de consenso como IMMPACT proponen un abordaje biopsicosocial que prioriza la funcionalidad y el empoderamiento del paciente.

## Objetivos

Evaluar el impacto de un programa estructurado de manejo del DCNO basado en objetivos funcionales Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes y Temporizados (SMART) sobre la funcionalidad tras 12 meses de seguimiento. Secundariamente, analizar la evolución del dolor, la calidad de vida, la carga analgésica y la frecuentación sanitaria.

## Diseño

Estudio cuasiexperimental pre–post, unicéntrico, sin grupo control, con seguimiento de 12 meses y reevaluaciones a los 3, 6, 9 y 12 meses.

## Emplazamiento

Centro de salud urbano de AP del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

## Material y métodos

Se incluirán adultos con DCNO de más de 3 meses e intensidad al menos moderada (Escala Visual Numérica, EVN =4/10). El equipo lo forman tres médicos de familia y tres enfermeros. Tras evaluación multidimensional basal se consensuarán objetivos funcionales SMART y un plan individualizado de ejercicio terapéutico. Los pacientes participarán en talleres grupales de educación en neurociencia del dolor (8–12 participantes, 60–90 minutos). Se emplea una estrategia de evaluación por capas según IMMPACT: el Brief Pain Inventory versión corta (BPI-sf) como medida multidimensional de dolor e interferencia funcional para todos los pacientes y, complementariamente, cuestionarios funcionales específicos según localización predominante (Roland-Morris para lumbalgia, WOMAC para artrosis de cadera/rodilla, Neck Disability Index para cervicalgia), además de calidad de vida (EQ-5D-5L), consumo de analgésicos y consultas no programadas. El resultado primario será la proporción de respondedores a 12 meses, definida como reducción =30% en EVN y =30% de mejora en la escala funcional correspondiente. Se precisan 50 evaluables; asumiendo 40% de respondedores frente a hipótesis nula del 20% (a = 0,05; potencia 80%), se reclutarán 70 pacientes compensando 25–30% de pérdidas. El análisis empleará proporción con intervalo de confianza del 95% (Clopper-Pearson) y contraste binomial exacto; variables continuas mediante t pareada o Wilcoxon con d de Cohen; evolución temporal con modelos lineales mixtos. Limitaciones: la ausencia de grupo control impide atribuir los cambios exclusivamente a la intervención, sin descartar regresión a la media ni factores concurrentes; el uso combinado de BPI-sf con cuestionarios específicos por localización, aunque respaldado por IMMPACT y OMERACT, puede dificultar la comparabilidad entre subgrupos; la variabilidad en la adherencia al ejercicio y factores psicosociales no controlables pueden influir en los resultados.

## Aplicabilidad

Modelo estructurado, multidisciplinar y reproducible, integrado en la práctica habitual de AP, que prioriza funcionalidad, educación terapéutica y reevaluación periódica, con potencial de optimizar resultados clínicos y reducir medicalización innecesaria.

## Aspectos ético-legales

El estudio se realizará conforme a la Declaración de Helsinki, será aprobado por el Comité de Ética de la Investigación y se obtendrá consentimiento informado de todos los participantes.

# 918/179. ¿SE CONFIRMA LA DIFERENCIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL ENTRE AMBOS BRAZOS EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA? RESULTADOS INICIALES DEL ESTUDIO DIPAPA.


## Autores:

*Ortega Marlasca, M.[1], Novalbos Ruíz, J.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jerez Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz.*


## Introducción

La detección de una diferencia significativa en la presión arterial (DPA) entre ambos brazos se considera actualmente importante en la valoración del riesgo vascular.

Las guías europeas de hipertensión recomiendan su análisis inicial en pacientes dada su importancia.

### Objetivos

Determinar la frecuencia de pacientes con diferencias significativas de presión arterial (=10 mmHg sistólica y/o diastólica) entre brazos en consulta de Atención Primaria; y la frecuencia de pacientes que confirman esa diferencia a las dos semanas de la primera determinación. En estos pacientes analizamos la existencia de anomalías estructurales supra-aórticas mediante ecoDoppler vascular.

### Diseño

Estudio descriptivo, observacional y transversal sobre una muestra representativa de pacientes adultos (40-90 años) atendidos , tanto en atención no programada como programada.

### Emplazamiento

Pacientes de Atención Primaria adscritos a cupos asistenciales del Centro de Salud Jerez Sur.

### Material y métodos

Estudio descriptivo, observacional y transversal sobre una muestra representativa de pacientes adultos (40-90 años). Se realizaron mediciones automatizadas y sincrónicas de presión arterial en ambos brazos, siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas actuales. En casos con diferencia =10 mmHg, se repitió la valoración a las dos semanas. Si se confirmaba la diferencia, se ofertó ecografía Doppler de troncos supra-aórticos. Atendiendo a criterios epidemiológicos, para una estimación de prevalencia de 11,2% de DPA en población adulta, un error alfa de 0,05 y una potencia del 80%, el tamaño muestral mínimo quedo establecido en 1196 pacientes. En casos con diferencia =10 mmHg, se repitió la valoración a las dos semanas. Si se confirmaba la diferencia, se ofertó ecografía Doppler de troncos supra-aórticos. Atendiendo a criterios epidemiológicos, para una estimación de prevalencia de 11,2% de DPA en población adulta, un error alfa de 0,05 y una potencia del 80%, el tamaño muestral mínimo quedo establecido en 1196 pacientes.

### Aplicabilidad

El presente estudio puede ser seguido en cualquier centro de salud con el apoyo de unidades hospitalarias de radiología y cirugía vascular de referencia. Precisa de la disponibilidad de un esfigmomanómetro de doble determinación sincrónica automatizado validado. El presente estudio está en la actualidad en fase de realización con un total de 728 valoraciones hasta el pasado día 12/2/2026 en 657 pacientes. De ellos 71 pacientes (9'8%) presentaron una diferencia significativa de presión arterial entre brazos. A estos pacientes se les realiza una segunda determinación, en 18 pacientes (2,73) se confirma DPA entre ambos brazos. En 16 pacientes se confirmó una DPA sistólica (2,43%) y a 2 (0,3%) una DPA diastólica.

### Aspectos ético-legales

Contamos con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Cádiz el pasado 2/11/2023 con título "Diferencia de la presión arterial entre ambos brazos en pacientes de atención primaria de salud y riesgo vascular" con código de protocolo MMOM-2023; n.ª de registro 142.23 y presentado por Manuel María Ortega Marlasca como investigador principal. Está incluido en la Convocatoria de proyectos de investigación e innovación en el ámbito de la atención primaria, hospitales comarcales y centros hospitalarios de alta resolución del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2024 con EXPEDIENTE: AP-0416-2024-C5-F2.

## 918/198. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO AUTOMATIZADO DE DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.


### Autores:

*Regal Somet, M.[1], Castillo Moraga, M.[2], Marquez Tejero, M.[3], Jimenez Cuevas, M.[4], Treceño Villalba, A.[5]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Farmacéutico. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sanlúcar - Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (5) Residente de 3er año de Bioquímica clínica. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz*


### Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) constituye un problema prioritario de salud pública por su elevada prevalencia, morbimortalidad cardiovascular asociada y elevado impacto económico. En España, estudios epidemiológicos como ENRICA e IBERICAN sitúan la prevalencia de ERC en torno al 14–15% en población general y atendida en Atención Primaria.

La ERC en estadios iniciales cursa habitualmente de forma silente, lo que condiciona infradiagnóstico y retraso en la implementación de medidas nefroprotectoras. La identificación precoz de alteraciones persistentes del filtrado glomerular estimado (FGe) y/o del cociente albúmina/creatinina (Alb/Cr) permite intervenir en fases potencialmente reversibles o modificables, optimizando el control de factores de riesgo cardiovascular y metabólico, ajustando fármacos nefrotóxicos y estableciendo criterios de derivación precoz a Nefrología.

La coordinación estructurada entre Laboratorio Clínico y Atención Primaria mediante sistemas automatizados de alerta puede mejorar la detección sistemática de pacientes con daño renal incipiente.

## Objetivos

Implementar y evaluar un protocolo clínico asistencial automatizado para la identificación precoz de pacientes con marcadores de daño renal (FGe <60 ml/min y/o Alb/Cr >30 mg/g) en Atención Primaria, orientado a optimizar manejo terapéutico y reducir progresión a enfermedad renal terminal.

## Diseño

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo de implementación de protocolo asistencial basado en criterios analíticos objetivos.

## Emplazamiento

Centros de Atención Primaria integrados en un Área de gestión sanitaria con laboratorio central hospitalario y sistema informático compartido.

## Material y métodos

Se incluyeron todos los pacientes con perfil renal activado entre el 15 de mayo y el 30 de noviembre de 2025.

Criterios de activación automatizada desde laboratorio:

- FGe <60 ml/min/1,73 m2.
- Cociente Alb/Cr >30 mg/g.
- Albúmina urinaria >30 mg.
- Proteinuria >150 mg.
- FGe <60 ml/min sin determinación simultánea de Alb/Cr.

Las alertas fueron validadas por facultativos especialistas en Análisis Clínicos, incorporándose recomendación en el informe analítico dirigida al médico de Atención Primaria para activación del protocolo clínico. Los pacientes con alteraciones fueron reevaluados a los 3–6 meses para confirmar persistencia de criterios diagnósticos, conforme a definición KDIGO de ERC (alteración =3 meses). Se realizó análisis descriptivo mediante cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados tras la aplicación de este protocolo.

Se evaluaron 864 pacientes:

- 587 pacientes (67,94%) presentaron confirmación diagnóstica de ERC tras reevaluación.
- 111 pacientes (12,85%) fueron clasificados como falsos positivos al normalizar parámetros en determinación de control.
- 166 pacientes (19,21%) permanecen pendientes de confirmación diagnóstica.

La aplicación del protocolo automatizado permitió identificar pacientes en estadios iniciales, muchos de ellos previamente no codificados como ERC en historia clínica electrónica.

## Aplicabilidad

El protocolo es fácilmente extrapolable a otras áreas sanitarias con laboratorio centralizado e integración informática.

Permite estandarizar criterios diagnósticos, reducir variabilidad clínica, optimizar intervención nefroprotectora precoz (control tensional, ajuste de iSGLT2/IECA/ARA II según indicación, revisión farmacológica) y mejorar criterios de derivación a Nefrología.

La implementación de esta estrategia podría asociarse con un efecto favorable sobre la evolución de la enfermedad renal, contribuyendo a retrasar la progresión a estadios avanzados.

## Aspectos ético-legales

Protocolo de mejora de calidad asistencial integrado en práctica clínica habitual. Datos anonimizados y tratados conforme al Reglamento General de Protección de Datos. No se realizó intervención experimental ni se modificó la práctica clínica estándar.

# 918/256. ENSAYO PRAGMATICO POR "CLUSTER" PARA REDUCIR LA INERCIA TERAPEUTICA EN DIABETES TIPO 2 Y ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR DESDE ATENCION PRIMARIA

## Autores:

*Aguirre Rodríguez, J.[1], Guisasola Cárdenas, M.[1], Mesa Espadas, C.[2], González Bravo, A.[3], Generoso Torres, M.[4], Martín Enguix, D.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (4) Médico de Familia, Centro de Salud Bola de Oro. Granada*


### Introducción

La inercia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye una barrera relevante para la reducción del riesgo cardiovascular (RCV), especialmente en aquellos pacientes con alto o muy alto riesgo. Estudios previos, realizados en nuestro centro, han mostrado que una intervención estructurada organizativa integrada en la consulta ordinaria puede aumentar significativamente la intensificación terapéutica adecuada y mejorar el control glucémico y lipídico en seis meses. Sin embargo, la ausencia de grupo control en nuestros datos previos, limita la capacidad de atribuir causalidad y generalizar resultados. Por tanto, se propone un ensayo pragmático por "clúster" para evaluar de forma robusta la efectividad de dicha intervención en las condiciones reales de Atención Primaria

### Objetivos

Evaluar la efectividad de una intervención organizativa estructurada sobre la reducción de la inercia terapéutica y la mejora del control glucémico y lipídico en pacientes con DM2 y alto RCV, comparada con la práctica habitual

### Diseño

Ensayo clínico pragmático por "clúster", con asignación aleatoria de cupos médico-enfermera a grupo intervención o a grupo control y, análisis por intención de tratar

### Emplazamiento

Centros de Salud urbanos pertenecientes al sistema público de Atención Primaria, de nuestro Distrito Sanitario

### Material y métodos

Población y muestra:

Pacientes diagnosticados de DM2, con HbA1c =8% y/o LDL-colesterol =100 mg/dl, y RCV alto o muy alto (SCORE 2-DM). Se incluirán de forma consecutiva dentro de cada cupo participante. El tamaño muestral estimado es de 86 pacientes, considerando potencia del 80%, alfa 0,05 y efecto de diseño por clúster.

Intervención:

Auditoría basal de indicadores, checklist digital obligatorio de intensificación terapéutica, algoritmo terapéutico consensuado y toma de decisiones compartida estructurada con registro explícito en historia clínica. El grupo control continuará con la práctica habitual del profesional que lo atiende.

Mediciones:

Variable principal: cambio en HbA1c a los 6 meses.

Secundarias: cambio en LDL-colesterol, proporción de intensificación adecuada, porcentaje de pacientes con objetivo combinado alcanzado, tiempo transcurrido hasta la intensificación y eventos adversos.

Análisis:

Modelos mixtos ajustados por efecto clúster y variables de confusión. Se estimarán diferencias medias, riesgos relativos e intervalos de confianza del 95%.

Limitaciones:

Posible contaminación entre profesionales y duración limitada del seguimiento (aunque puede plantearse aumentar el periodo inicial)

### Aplicabilidad

La intervención no requiere recursos adicionales ni tecnología específica, se integra en la consulta ordinaria y es reproducible en cualquier centro de Atención Primaria, con potencial impacto directo en la reducción del RCV poblacional

### Aspectos ético-legales

Aprobación por Comité de Ética correspondiente. Garantía de confidencialidad según normativa vigente en protección de datos. Consentimiento informado verbal registrado en historia clínica, dada la naturaleza organizativa del estudio

## 918/269. EVALUACIÓN DEL EFECTO DE SÍNTOMAS ANSIOSO DEPRESIVOS Y AUTOPERCEPCIÓN EN LA AUTOESTIMA EN MUJERES TRAS PARTICIPACIÓN EN GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS (GRUSE)


### Autores:

*Vargas Vargas, M.[1], Gámez Ibarra, I.[1], López Sánchez, J.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga*

## Introducción

El género es un importante determinante social de la salud que, en interacción con otros, alcanza duplicar el riesgo de percibir mala salud en las mujeres. Situaciones como la claudicación familiar, síndrome del nido vacío, aislamiento social, síndrome del cuidador, diferencia salarial por género, precariedad laboral..., entre otros, afectan más comúnmente a las mujeres, debido a la educación recibida y a las dinámicas sociales estructuralmente establecidas como roles. De estas dinámicas se generan problemas de salud en muchos ámbitos, en especial en la esfera de la salud mental.

Desde el año 2011, en Andalucía, comenzaron los grupos socioeducativos (GRUSE) como estrategia para intervenir desde la perspectiva emocional la salud de las mujeres.

Para saber si las intervenciones de los grupos socioeducativos son eficaces, podemos valorar muchas variables. Nos centraremos en los síntomas ansioso-depresivos y en la autopercepción de la autoestima según las escalas de Goldberg y Rosenberg respectivamente, ya que la medición cualitativa de estas variables cuenta de esta manera con una medición validada y bastante asequible de adquirir.

## Objetivos

Objetivo: Ver el efecto en la percepción de salud (ansiedad y depresión) en las mujeres que participen en los distintos grupos GRUSE de dos Centros de Salud de zona de salud urbanas, y comparar los resultados obtenidos en ambos centros. Como objetivo secundario, queremos valorar el impacto en la autoestima tras recibir las sesiones y comparar resultados de ambos centros.

## Diseño

Estudio cuasiexperimental longitudinal y prospectivo sin grupo control con análisis antes-después de la intervención.

## Emplazamiento

Dos Centros de Salud pertenecientes a Málaga capital, zona de salud urbana.

## Material y métodos

Mujeres derivadas desde Atención Primaria participarán en grupos entre septiembre de 2024 y enero de 2025.

Criterios: mujeres de 35-70 años con ansiedad relacionada con cuestiones de género.

Cada grupo tendrá 6-13 participantes y realizará 8-10 sesiones semanales de 100-120 minutos. Se analizará la muestra completa.

Variables: autoestima (Rosenberg), ansiedad y depresión (Goldberg), y datos sociodemográficos (edad, estado civil, empleo, estudios, participación previa, rol cuidadora, violencia de género, uso de antidepresivos y benzodiacepinas antes y después).

Se aplicarán las escalas antes de iniciar el grupo y tres meses después. Se recogerá consentimiento informado.

Análisis: con R.

Descriptivo (medias, desviación típica, porcentajes).

Comparaciones con t de Student (entre centros y antes-después).

Correlaciones y ANOVA (análisis bivariante).

Análisis multivariante para evaluar la influencia conjunta de variables.

## Aplicabilidad

La valoración del impacto de los grupos en términos de ansiedad, depresión y autoestima puede ayudar a enfocar la estrategia de los grupos, según los resultados que presente. Si bien no es el objetivo principal de la creación de estos grupos en sí, son elementos que rodean la esfera del género femenino, por lo que medirlos puede plantear nuevas preguntas y generar una evaluación de estos grupos en el sentido de estas mediciones.

## Aspectos ético-legales

La utilización de los datos se realizará siguiendo las leyes vigentes de Protección de Datos, Ley Orgánica 15/1993 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal y 42/2002 básica de autonomía del paciente.

El consentimiento informado se realizará por escrito.

# 918/288. VOZ GANGOSA COMO SIGNO CLÍNICO ASOCIADO A LA FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA


## Autores:

*Rodríguez Onieva, A.[1], Soldado Gálvez, A.[2], Aracil Cayuela, J.[3], Moreno Bonilla, M.[1], Jurado García, E.[4], Martos Borrego, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cártama. Cártama. Málaga, (2) Enfermero. Centro de Salud Cártama - Estación. Cártama. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cártama - Estación. Cártama. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pizarra. Pizarra. Málaga*


### Introducción

Las infecciones respiratorias de vías altas constituyen una de las principales causas de consulta en Atención Primaria, siendo la faringoamigdalitis (FAA) uno de los diagnósticos más frecuentes. Para orientar su etiología bacteriana se emplean escalas clínicas como los criterios de Centor y su modificación por McIsaac, que permiten estimar la probabilidad de infección por estreptococo ß-hemolítico del grupo A y racionalizar el uso de antibióticos. No obstante, estas escalas presentan limitaciones diagnósticas, por lo que la identificación de nuevos signos clínicos podría contribuir a mejorar la indicación del test rápido de antígeno. La experiencia clínica sugiere que la presencia de voz gangosa es frecuente en pacientes con FAA, aunque su utilidad diagnóstica no ha sido evaluada sistemáticamente.

### Objetivos

Evaluar la asociación entre la presencia de voz gangosa y la positividad del test rápido de antígeno para estreptococo ß-hemolítico del grupo A en pacientes atendidos en urgencias de Atención Primaria con sospecha de faringoamigdalitis.

### Diseño

Estudio transversal analítico de exactitud diagnóstica, realizado en condiciones de práctica clínica habitual.

### Emplazamiento

Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

### Material y métodos

Se incluirán de forma consecutiva pacientes de =3 años atendidos en los SUAP durante el periodo 2025–2026 por síntomas de infección respiratoria de vías altas que presenten =2 criterios de Centor. Se registrará la presencia de voz gangosa, definida como alteración del timbre vocal con carácter nasal o hiponasal, valorada clínicamente por el profesional sanitario responsable y recogida de forma dicotómica (presente/ausente). Se excluirán pacientes con tratamiento antibiótico reciente, complicaciones infecciosas, enfermedades crónicas graves, inmunosupresión o ausencia de consentimiento informado. La infección por estreptococo ß-hemolítico del grupo A se confirmará mediante test rápido de antígeno en exudado faríngeo, utilizado como prueba de referencia. Se compararán dos grupos: pacientes con =2 criterios de Centor con voz gangosa frente a pacientes con =2 criterios de Centor sin voz gangosa. Se realizará un análisis descriptivo y comparativo, estimando la asociación mediante odds ratio y calculando sensibilidad, especificidad y valores predictivos, con intervalos de confianza del 95%. El tamaño muestral estimado es de 190 pacientes. Como limitaciones se considera la subjetividad en la valoración clínica de la voz gangosa y el uso del test rápido de antígeno como prueba diagnóstica en lugar del cultivo faríngeo.

### Aplicabilidad

El estudio presenta alta aplicabilidad en la práctica clínica diaria, al basarse en la valoración clínica habitual y realizarse en un único acto asistencial, sin requerir pruebas adicionales ni aumentar el tiempo de atención al paciente.

### Aspectos ético-legales

Los pacientes serán informados de que su participación es voluntaria y no modificará su atención médica habitual. Se garantizará la confidencialidad de los datos conforme a la legislación vigente. El estudio seguirá los principios éticos de la Declaración de Helsinki, el Convenio de Oviedo y la Ley de Investigación Biomédica (14/2007), respetando los principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia.

## MÉDICO RESIDENTE

## 918/41. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES MAYORES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Lorenzo Illescas, B.*[1]

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada*


### Introducción

Las benzodiacepinas y fármacos relacionados son ampliamente utilizados en atención primaria para el manejo de trastornos de ansiedad, insomnio y otros problemas de salud mental. Sin embargo, su uso en

pacientes mayores de 65 años se asocia a un mayor riesgo de efectos adversos, como caídas, deterioro cognitivo, dependencia y aumento de la morbimortalidad, especialmente cuando los tratamientos se prolongan en el tiempo o no se ajustan a las recomendaciones clínicas vigentes. A pesar de las advertencias recogidas en guías de práctica clínica y criterios de prescripción potencialmente inapropiada, su utilización continúa siendo elevada en este grupo poblacional. En este contexto, resulta fundamental evaluar la adecuación de la prescripción de benzodiacepinas en personas mayores atendidas en atención primaria, con el fin de identificar posibles áreas de mejora y promover un uso más seguro y racional de estos fármacos.

### Objetivos

Evaluar la adecuación de la prescripción de benzodiacepinas en pacientes mayores de 65 años atendidos en atención primaria, describir las indicaciones clínicas registradas, la duración de los tratamientos y la frecuencia de prescripción potencialmente inadecuada.

### Diseño

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo destinado a evaluar la adecuación de la prescripción de benzodiacepinas en pacientes mayores de 65 años atendidos en atención primaria.

### Emplazamiento

El estudio se desarrollará en un centro de atención primaria del ámbito del Sistema Nacional de Salud, concretamente en el Centro de Salud de Almuñécar (Granada), durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2025.

### Material y métodos

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en un centro de atención primaria. Se previó incluir a pacientes de 65 o más años con prescripción activa de benzodiacepinas o fármacos relacionados durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2025. Las variables a recoger fueron edad, sexo, tipo de benzodiacepina prescrita, indicación clínica registrada en la historia clínica, duración del tratamiento, prescripción concomitante de otros psicofármacos, polimedicación y adecuación de la prescripción según recomendaciones clínicas vigentes.

### Aplicabilidad

Los resultados del estudio permitirán identificar patrones de prescripción de benzodiacepinas en pacientes mayores, así como detectar prescripciones potencialmente inadecuadas en la práctica clínica habitual. Esta información resulta de utilidad para sensibilizar a los profesionales de atención primaria sobre los riesgos asociados al uso prolongado de estos fármacos y fomentar la revisión periódica de los tratamientos. Asimismo, puede servir de base para la implementación de estrategias de mejora, como programas de deprescripción y optimización terapéutica, contribuyendo a aumentar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en este grupo poblacional.

### Aspectos ético-legales

Estudio observacional retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas, sin intervención sobre los pacientes. Los datos serán anonimizados y tratados de forma confidencial, conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos. El estudio respetará los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

## 918/111. VALORACIÓN DEL CRIBADO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Lucena López, R.[1], Fernandez de Cordova Montilla, C.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga*


### Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología de elevada prevalencia en la población adulta y se asocia estrechamente con los factores de riesgo cardiovascular, condicionando un aumento significativo de morbimortalidad y consumo de recursos sanitarios. En atención primaria (AP), donde se realiza el seguimiento longitudinal de la mayoría de pacientes con riesgo cardiovascular elevado, la detección precoz de la ERC resulta fundamental para frenar su progresión. Sin embargo, en la práctica clínica real persisten deficiencias en el cribado mediante filtrado glomerular estimado y cociente albúmina/creatinina urinario, así como en el abordaje integral del paciente con ERC, lo que puede favorecer el infradiagnóstico y un manejo fragmentado del riesgo cardiovascular.

## Objetivos

Describir la situación real del cribado, registro diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la ERC y de los factores de riesgo cardiovascular en dos cupos de atención primaria, con el fin de identificar áreas de mejora asistencial.

## Diseño

Estudio observacional, descriptivo y transversal basado en la revisión retrospectiva de la historia clínica electrónica.

## Emplazamiento

Dos cupos de medicina de familia de los centros de salud Victoria y Alameda Perchel, pertenecientes al distrito sanitario Málaga-Guadalhorce.

## Material y métodos

La población de estudio estará formada por pacientes adultos (=18 años) adscritos a los cupos seleccionados con al menos un contacto asistencial registrado entre el 1 de agosto y el 31 de octubre de 2025.

Se seleccionará una muestra de 400 pacientes (200 por centro) mediante muestreo aleatorio simple. Este tamaño muestral permite estimar proporciones poblacionales con un nivel de confianza del 95% (a=0,05) y una precisión aproximada del 5%, asumiendo máxima indeterminación (p=0,5).

Las variables se obtendrán retrospectivamente de la historia clínica electrónica e incluirán datos sociodemográficos, factores de riesgo cardiovascular, parámetros analíticos de función renal (filtrado glomerular estimado y cociente albúmina/creatinina urinario), registro diagnóstico de ERC y tratamiento farmacológico.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables, expresando las cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. Asimismo, se llevará a cabo un análisis bivariante para explorar asociaciones entre el control de la ERC y las variables clínicas mediante pruebas de chi cuadrado o t de Student según corresponda. Finalmente, se realizará un análisis multivariante mediante regresión lineal múltiple, utilizando como variable dependiente el filtrado glomerular estimado e incluyendo como variables independientes edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular y número de visitas registradas.

Entre las principales limitaciones se encuentran el diseño transversal y la dependencia de la calidad del registro clínico.

## Aplicabilidad

Los resultados permitirán conocer la situación real del manejo de la ERC en atención primaria, identificar déficits en el cribado y seguimiento, y orientar intervenciones destinadas a mejorar la detección precoz y el abordaje integral del riesgo cardiovascular.

## Aspectos ético-legales

El estudio se realizará conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y la normativa vigente de protección de datos. Cuenta con autorización del comité de ética de investigación para el acceso a las historias clínicas electrónicas. Los datos se registrarán de forma anonimizada, sin información identificativa de los pacientes.

# 918/171. ESTUDIO DE COHORTES SOBRE REPERCUSIÓN DE BÚSQUEDA ACTIVA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA


## Autores:

*García Obrero, J.[1], Soto Castro, C.[2], Gómez García, M.[3], Escribano Parra, C.[4], Angulo Pajuelo, J.[5], Buedo Sotos, I.[6]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Priego de Córdoba. Priego de Córdoba. Córdoba*


## Introducción

La Enfermedad renal crónica (ERC) es un importante problema de salud pública, con elevada prevalencia, fuerte asociación con morbimortalidad cardiovascular y un alto grado de infradiagnóstico en atención primaria (AP). Esto ocurre especialmente en fases iniciales de la enfermedad, lo que limita la implementación precoz de intervenciones preventivas y terapéuticas efica-

ces. La detección oportunista basada exclusivamente en la práctica clínica habitual puede ser insuficiente, por lo que resulta necesario evaluar estrategias sistemáticas de búsqueda activa en poblaciones de riesgo.

### Objetivos

Los objetivos son: comparar el impacto de una estrategia de búsqueda activa de ERC frente a la práctica clínica habitual sobre el infradiagnóstico, el diagnóstico precoz, la progresión de la enfermedad, además del control de factores de riesgo cardiovascular y de la incidencia de eventos cardiovasculares mayores y la mortalidad, así como analizar diferencias por sexo y grupos etarios.

### Diseño

Se trata de un estudio de cohortes prospectivo comparativo con dos grupos paralelos y seguimiento de tres años.

### Emplazamiento

Se lleva a cabo en centros de AP del área de gestión sanitaria sur de Córdoba.

### Material y métodos

Se incluirán pacientes adultos con factores de riesgo de ERC atendidos en AP, distribuidos en una cohorte de intervención, en la que se aplicará de forma sistemática una estrategia de búsqueda activa mediante la determinación del filtrado glomerular estimado y el cociente albúmina/creatinina según las últimas recomendaciones KDIGO, y una cohorte control sometida a la práctica clínica habitual. Se recogerán variables demográficas, clínicas y analíticas, así como el estadio KDIGO, el grado de control de la presión arterial, glucemia y perfil lipídico, la progresión de la ERC, la aparición de eventos cardiovasculares mayores y la mortalidad por todas las causas. El análisis estadístico comparará ambas cohortes, estimando tasas de diagnóstico, progresión y eventos, y se emplearán modelos multivariables y de supervivencia ajustados por edad y sexo.

### Aplicabilidad

Los resultados permitirán valorar la efectividad real de la búsqueda activa de ERC en AP, facilitarán la detección precoz en fases iniciales, mejorarán el control de factores de riesgo modificables y podrán contribuir a reducir la progresión de la enfermedad y las complicaciones cardiovasculares, generando conocimiento transferible para la implementación de programas de cribado y manejo integral de la ERC en el sistema sanitario. Se contemplan como principales limitaciones el posible sesgo de selección, la variabilidad entre investigadores y la pérdida de seguimiento, que se intentarán minimizar mediante formación previa y estandarización de la recogida de datos mediante un cuaderno de recogida digital.

### Aspectos ético-legales

El estudio cumple los principios éticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia y sigue las normas de buena práctica clínica y la declaración de Helsinki. Además, cuenta con la solicitud de aprobación del comité de ética de investigación clínica, y garantiza la confidencialidad de los datos conforme a la legislación vigente, recabándose el consentimiento informado de todos los participantes.

## 918/296. INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Expósito Martínez, C.[1], García Serrano, A.[1], García Díaz, R.[2], Guerrero Cano, C.[3], Rodriguez Martínez, E.[4], Escudero Sánchez, C.[5]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Fe. Santa Fe. Granada, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada*


### Introducción

El uso de fármacos con actividad anticolinérgica es frecuente en personas mayores y pacientes polimedicados, asociándose a efectos adversos periféricos y centrales como caídas, deterioro cognitivo, delirium, fragilidad y aumento de morbimortalidad. El efecto acumulativo de estos fármacos, conocido como carga anticolinérgica, constituye un problema relevante de seguridad del paciente, especialmente en atención primaria, donde la polimedicación es altamente prevalente. La cuantificación de dicha carga mediante escalas validadas permite identificar pacientes de alto riesgo y

facilita intervenciones estructuradas de revisión y optimización farmacoterapéutica.

## Objetivos

Estimar la prevalencia de carga anticolinérgica alta en pacientes polimedicados mediante las escalas anticholinergic cognitive burden (ACB) y anticholinergic risk scale (ARS), y evaluar el impacto de una intervención estructurada de revisión farmacoterapéutica sobre la carga anticolinérgica a los 3–6 meses.

## Diseño

Estudio en dos fases: fase 1 observacional, descriptiva y transversal con recogida retrospectiva de datos, y fase 2 cuasiexperimental antes-después con intervención de revisión farmacoterapéutica.

## Emplazamiento

Centros de atención primaria de ámbito urbano.

## Material y métodos

Se incluirán pacientes =18 años que cumplan criterios de polimedicación definidos como =10 fármacos crónicos durante más de 6 meses consecutivos, con historia clínica electrónica activa y prescripción disponible. Se excluirán pacientes en situación terminal o con información insuficiente para el cálculo de las escalas. se recogerán variables sociodemográficas, clínicas, farmacológicas y de comorbilidad, número total de fármacos y puntuaciones ACB y ARS, considerándose carga anticolinérgica alta una puntuación =3. La intervención consistirá en una revisión estructurada del tratamiento, con propuesta de suspensión, sustitución o ajuste de dosis, registro de la decisión clínica y reevaluación de la carga anticolinérgica a los 3–6 meses. Se realizará análisis descriptivo e inferencial, comparación de puntuaciones basales y posintervención mediante pruebas para datos apareados y análisis multivariante para estudiar la asociación entre carga anticolinérgica y fragilidad, ajustando por edad, sexo, número de fármacos y comorbilidad. Como limitaciones se consideran el diseño cuasiexperimental, la ausencia de grupo control y la variabilidad en la aceptación de las recomendaciones clínicas.

## Aplicabilidad

Los resultados permitirán identificar pacientes con alto riesgo de efectos adversos prevenibles, facilitar la implementación de estrategias sistemáticas de deprescripción, mejorar la seguridad del paciente y promover una prescripción más segura y racional en atención primaria.

## Aspectos ético-legales

Estudio realizado con datos pseudonimizados, sin variables identificativas, conforme a la legislación vigente de protección de datos, ley de investigación biomédica y declaración de helsinki, solicitándose exención de consentimiento informado por tratarse de análisis retrospectivo integrado en la práctica clínica habitual, con medidas específicas para evitar la reidentificación y accesos no autorizados.

# 918/394. RESISTENCIAS MICROBIANAS EN PROCESOS NEUMÓNICOS, ACTUACIÓN VS REALIDAD


## Autores:

*Piedra Ruiz, F.[1], Muñoz González, F.[2], Romero Carrillo, S.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Rute. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Montilla. Córdoba*


## Introducción

Debido a las nuevas poblaciones de microorganismos y al contacto continuo sobre la batería de antibióticos que se utilizan empíricamente en los focos de EPOC, bronquitis y neumonías, en concordancia con la anamnesis y exploraciones realizadas desde Atención Primaria (AP), resultaría importante conocer las resistencias actuales de los microorganismos dentro de nuestra área y así obtener una mayor eficacia a la hora de prescribir un tratamiento empíricamente en función de los resultados obtenidos.

## Objetivos

analizar cómo se ajusta la prescripción antibiótica empírica a los resultados de antibiograma en pacientes con infección respiratoria de vías bajas, atendidos en Atención Primaria (AP) y como evaluar si estas prescripciones cumplen con las guías de práctica clínica.

## Diseño

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional.

## Emplazamiento

Consultas de AP. Servicio de Farmacología de AP. Laboratorio del AGS.

## Material y métodos

Se seleccionarán por muestreo aleatorio simple, 266 muestras de cultivos solicitados asociados en las consultas de AP, de enero 2022 a diciembre 2024, de un AGS, se cotejarán con la base de datos de farmacia, de esa misma zona, los antibióticos prescritos empíricamente. Se realizará una segunda comparativa con las resistencias obtenidas en los antibiogramas. Se excluirán las muestras en las que falte información en la historia clínica digital. Se utilizarán como herramientas de gestión de datos y recogida de resultados: Excel, R-medic y Epidat. Se recogerán variables sociodemográficas, clínicas (cultivo, antibiograma, prescripción). Se realizará análisis descriptivo, bivariante y multivariante (regresión logística de Cox) para control de confusión. Los resultados se presentarán con intervalos de confianza del 95%, y se considerarán significativos una $p<0,05$.

## Aplicabilidad

Con los resultados de este proyecto se quiere proponer la actualización de las guías de tratamiento antimicrobiano para nuestra Área y así obtener un mayor rendimiento antibiótico que conlleve a disminuir las resistencias bacterianas. Mejorando la concordancia entre la primera prescripción empírica y los resultados de antibiogramas, además de disminuir las resistencias bacterianas, aumentará la eficiencia de la prescripción. Se prevé que los resultados del estudio mejoren la concordancia entre tratamientos empíricos y antibiograma, disminuyan los mecanismos favorecedores de resistencias y aumente la eficiencia de la prescripción.

## Aspectos ético-legales

El proyecto de investigación recibirá la autorización de la dirección del AGS. Sometido al Comité Ético de Investigación Clínica del hospital de referencia. Se regirá por los principios éticos básicos en pro de realizar una mejor comprensión de nuestra sociedad, cumpliendo con la Declaración de Helsinki para las investigaciones médicas en seres humanos, en sus posteriores revisiones y con las Buenas Prácticas de Fármaco-epidemiología. Los datos se tratarán cumpliendo el Reglamento Europeo de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales. Para ello, a cada muestra obtenida se le asignará un número de identificación exclusivo, sin que pueda ser identificada o relacionada con el sujeto. La base de datos del estudio y el cuaderno de recogida de datos, estarán codificados y protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación y serán considerados estrictamente confidenciales y no serán revelados a terceros.

# CASOS CLÍNICOS

## MÉDICO DE FAMILIA

## 918/3. APARICIÓN DE DIPLOPIA Y PTOSIS PALPEBRAL

### Autores:

*Correa Gómez, V.[1], Gómez Rodríguez, S.[2], Pantoja de la Rosa, L.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada*

### Descripción del Caso

Mujer de 74 años con antecedentes personales: hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y fumadora de 20 cigarrillos/día. En tratamiento con metformina 850mg y losartán/hidroclorotiazida 100/25mg.

Acude refiriendo diplopía de 2 semanas de evolución al mirar el móvil o leer, asociando importante ptosis palpebral derecha, que empeora a lo largo del día. No desviación de comisura bucal. No pérdida de fuerza de miembros. No alteraciones de la deglución. No sensación disneica, palpitaciones o dolor torácico. No cuadro constitucional. No otra sintomatología acompañante.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada. Normohidratada/perfundida/coloreada. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Exploración neurológica: pupilas anisocóricas, con miosis derecha, pero reactiva a la luz. Movimientos oculares conservados. Importante ptosis palpebral derecha. Diplopía a la infraversión. Resto de pares craneales normales. No dismetrías. Fuerza y sensibilidad conservadas. Romberg y marcha normal.

Se decide derivar a urgencias hospitalarias. Con analítica, ECG y TAC craneal sin hallazgos, se realiza ingreso a cargo de Medicina Interna para continuar estudio. Tras numerosas pruebas complementarias, se obtiene el hallazgo de nódulo en mediastino anterior compatible con timoma en el TAC de tórax.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Miastenia gravis monocular pura y timoma.

### Diagnóstico diferencial

Dentro de los diagnósticos diferenciales iniciales desde la consulta de Medicina Familiar serían el de enfermedad neurológica vascular o neoplasias. Y con el dato radiológico de tumoración en mediastino anterior deberíamos pensar en las 4 T (timoma, teratoma, tiroides ectópico y "terrible" linfoma).

### Comentario final

La paciente inicia tratamiento con Piridostigmina y se deriva a Cirugía torácica para valoración de timectomía. Tras la intervención se consigue una remisión completa de los síntomas.

Los timomas son tumores de incidencia rara y aunque se tratan de tumores de crecimiento lento, tienen carácter maligno. Con un pico de presentación entre la 5ª y 7ª décadas de la vida. La asociación del timoma con determinadas enfermedades de origen autoinmune es bien conocida, y la coexistencia de timoma con miastenia gravis es la más frecuente.

### Bibliografía


- *Acebo Rodríguez, Miguel; González Mancera, Karla Andrea y López Batista, Antonio. Timoma. Informe de caso. Acta Médica del Centro. 2024;18(2):e1948 Abril-Junio*
- *Trujillo-Reyes JC, Martínez-Téllez E, Belda-Sanchis J. El timoma, ¿es una enfermedad sistémica? Arch Bronconeumol (Internet). 2019*


## 918/4. LA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN AÚN ES ÚTIL

### Autores:

*Correa Gómez, V.[1], Gómez Rodríguez, S.[2], Pantoja de la Rosa, L.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada*

### Descripción del Caso

Mujer de 22 años, nueva en el cupo tras traslado domiciliario desde otra comunidad. Antecedentes perso-

nales de cistitis de repetición. No alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Acude por cuadro de dolor de fosa iliaca derecha que irradia hacia zona genital desde hace 2 días, sin fiebre y con molestias urinarias. Refiere que desde antes de su embarazo (bebé con 6 meses) presenta episodios recurrentes de sintomatología similar. Incluso estuvo ingresada en el hospital, desconociendo si le realizaron algún tratamiento específico.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, estabilidad hemodinámica. Exploración abdomen anodino. Puño percusión renal derecha positiva. Resto de exploración sin hallazgos a destacar.

Se solicita urocultivo y una radiografía de abdomen. Y se remite a la paciente a buscar informes médicos del ingreso hospitalario para aportarlos en siguiente cita médica. Además, se pauta tratamiento antibiótico empírico con ciprofloxacino y analgésicos.

En radiografía de abdomen se puede ver un catéter doble jota calcificado en vejiga y pelvis renal. La paciente desconocía que le hubieran puesto un catéter, refiere que nadie se lo dijo, pero en los informes de alta hospitalaria si viene reflejado.

Se consulta telefónicamente con urólogo que solicita un TAC (hidronefrosis derecha grado moderado con catéter doble J que muestra calcificación pericatéter tanto en pelvis renal (12x7mm) como en vejiga (24x14mm). Litiasis de 20x6mm en el grupo calicial inferior de riñón derecho) y cita presencialmente para explicar tratamiento de lasertricia vesical y ureteroscopia para extracción del catéter.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Calcificación pericatéter en pelvis renal y vejiga.

### Diagnóstico diferencial

Cólico nefrítico, pielonefritis…

### Comentario final

En la práctica sanitaria actual el uso de la radiografía de abdomen ha disminuido, especialmente a favor de otras pruebas de imagen como la ecografía. Aunque la utilidad de la radiografía de abdomen es limitada e implica radiación ionizante, también es una prueba diagnóstica rápida y accesible e ideal en caso de sospecha de urolitiasis, cuerpos extraños u obstrucción intestinal.

### Bibliografía


- *P. García García, L. del Campo del Val, I. Salmerón Béliz et al. Análisis de la radiografía simple de abdomen en la urgencia de un hospital de tercer nivel: uso, utilidad, interpretación, protección radiológica y costes. Radiología 66 (2024) 307---313*


## 918/14. MÁS ALLA DEL TEMBLOR: A PROPÓSITO DE UN CASO


### Autores:

*de Dios Rodríguez, M.[1], Moral Merchán, M.[1], Bernad, A.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Cala. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga*


### Descripción del Caso

Paciente varón de 82 años, sin alergias conocidas, hipertenso, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, intervenido de colecistitis gangrenosa, acude a consulta por cuadro de un año de evolución de temblor de manos (inicialmente unilateral) con empeoramiento en los últimos meses, cierta dificultad en agilidad motora, se muestra inseguro para caminar. Vive solo, autosuficiente. Asocia desánimo. En tratamiento con olmesartan/hidroclorotiazida, glicopirronio (inhalado) y propanolol 10 mg, pautado por sospecha de temblor esencial en otro centro.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica: Hipomimia facial. Sacadas hipométricas verticales. Bradicinesia 1/4 MSI. Rigidez en Froment MSI. Temblor 2/4 MMSS. Marcha con menor braceo. Resto anodino. Analítica de sangre y orina: normales. Rx Tórax: sin hallazgos significativos. Test mini mental: se descarta deterioro cognitivo. Se deriva al servicio de neurología para despistaje de parkinsonismo confirmando la sospecha de párkinson tremórico. Fototest 32. Se solicitan pruebas complementarias y se pauta tratamiento con carbidopa/levodopa 25/100 mg, medio comprimido mañana y noche, aumentando semanalmente hasta alcanzar dosis de 1-1-1, sertralina 50 mg por la noche recomendando ejercicio y terapia ocupacional hasta la siguiente revisión en 2 meses. Tac cráneo: atrofia cortico subcortical acorde a la edad del paciente, SPECT/TC de cerebro de transportadores de dopamina presinápticos: marcada hipocaptación del radiofármaco, sugestivo de pérdida neuronal dopaminérgica de la vía nigro estriada, con asimetría de predominio derecho de etiología degenerativa. Evolución: El paciente presenta mejoría en la coordinación de los

movimientos y temblor. Se encuentra más animado, no ha tomado sertralina. Se mantiene mismo tratamiento hasta revisión anual.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Parkinsonismo tremórico

### Diagnóstico diferencial

Temblor esencial, síndrome depresivo, Parkinsonismo secundario.

### Comentario final

El párkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente con afectación del sistema nervioso de manera crónica y progresiva. Su diagnóstico clínico precoz es clave para el control de síntomas y evolución de la enfermedad. La terapia ocupacional, ejercicio así como la prevención de la disbiosis intestinal proporcionan beneficios en la calidad de vida del paciente.

### Bibliografía

Djukic M, Yoshida-Stiksrud E, Nau R. The Treatment of Older Patients with Parkinson's Disease. Dtsch Arztebl Int. 2025;122(15):412-418. Buonocore J, Iaccino N, Torchia G. Cognitive stimulation in Parkinson's disease with mild cognitive impairment. J Neurol. 2025 Sep 27;272(10):658.

## 918/24. LA PARTE OSCURA DE LOS PSORALENOS: NO SOLO UN TRATAMIENTO.

### Autores:

*Baca López, L.[1], Baca López, P.[2], Cabrera Hernández, C.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alameda. Alameda. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga*

### Descripción del Caso

Varón de 37 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a su médico de atención primaria (AP) por aparición de lesiones cutáneas inflamatorias en zonas fotoexpuestas (facial y miembros inferiores) acompañadas de prurito El cuadro clínico se inicia tras realizar labores de desbroce, al igual que en dos ocasiones similares registradas en años previos, siendo este tercer brote el más llamativo.

### Exploración y pruebas complementarias

Se observan lesiones costrosas-vesiculares, eritematosas y con impresión de surcos, acompañadas de prurito nocturno especialmente en tobillos, muñecas y espacios interdigitales. Las lesiones blanquean a la digitopresión y se aprecian máculas confluentes en cuello y lesiones puntiformes en el tronco. Analíticamente presenta una leve leucocitosis y monocitosis. Se solicitan pruebas de neumoalérgenos y se remite un informe con imágenes a telederma.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Fitofotodermatosis por psoralenos.

### Diagnóstico diferencial

Dermatitis de contacto, dermatitis atópica, celulitis, lupus eritematoso

cutáneo.

### Comentario final

Los psoralenos son compuestos naturales de ciertas plantas que, en combinación con la luz ultravioleta se utilizan como tratamiento para la psoriasis y el vitíligo, entre otros, pero hay que tener cuidado. Cuando las plantas liberan estas sustancias y entran en contacto con la piel, aumentan su sensibilidad a la luz ultravioleta, lo que puede desencadenar una reacción fototóxica, y dar lugar a cuadros de fitofotodermatosis. Esta entidad, además de las lesiones dermatológicas característica, puede presentar síntomas sistémicos como prurito intenso, náusea o vómitos. Este caso expone la necesidad de considerar el entorno del paciente, abarcando su ámbito laboral, en la evaluación clínica. Asimismo, resalta la utilidad de telederma en las consultas de atención primaria para la valoración de lesiones cutáneas, optimizando de tiempo tanto de los profesionales como de los propios pacientes. Esto permite una valoración rápida y eficaz, proporcionando así un mejor uso de los recursos disponibles, reduciendo significativamente el tiempo de diagnóstico y favoreciendo la disminución de las listas de espera en las consultas de dermatología.

### Bibliografía

- *(1) Manuel J, Miralles V, Madrid BC, Antón CP, Hortelano C. La piel en el campo.*
- *Atención Primaria. 2019;51:384–385.*

## 918/32. HIPOPOTASEMIA EN PACIENTE ANCIANA POSTOPERADA: ABORDAJE Y MANEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Cabrera Hernández, S.[1], Cabrera Hernández, C.[1], Baca López, L.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alameda. Alameda. Málaga*


### Descripción del Caso

Mujer de 95 años con antecedentes de hipertensión, ferropenia y cirugía reciente de neoplasia de colon derecho que tras ser dada de alta de cirugía es valorada por atención primaria a través de un aviso domiciliario refiriendo presentar oliguria. Dos días más tarde y en valoración por medicina interna, la paciente refiere malestar general, vómitos y persistencia de oliguria parcial. Se detecta hipopotasemia, anemia ferropénica y deterioro renal agudo. La intervención del médico de atención primaria se centra en la detección precoz de hipopotasemia, su posible etiología multifactorial y el manejo inicial antes de derivar a urgencias y/o a otras áreas para estudio y tratamiento especializado.

### Exploración y pruebas complementarias

Valorada por atención primaria, la paciente presenta tensión arterial 94/67 mmHg, frecuencia cardíaca 86 lpm, buen estado general y sin edemas en extremidades inferiores. La analítica básica realizada el día previo muestra hemoglobina 10,5 g/dl, creatinina 4,15 mg/dl (previa 0,64), potasio 2,5 mmol/l y leucocitos en rango normal. La paciente se encuentra en ese momento en tratamiento con ciprofloxacino por absceso en herida quirúrgica. Se pauta tratamiento con espironolactona esperando mejoría.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Insuficiencia renal aguda multifactorial (prerrenal + necrosis tubular aguda y posible nefritis tubulointersticial tóxica) en contexto postquirúrgico y medicación nefrotóxica. Hipopotasemia secundaria a posible efecto tóxico por ciprofloxacino. La detección precoz y seguimiento en atención primaria es clave para evitar complicaciones graves.

### Diagnóstico diferencial

pérdidas digestivas, hiperaldosteronismo, fármacos (diuréticos, antibióticos), alteraciones endocrinas y patologías renales crónicas. En este caso, la combinación de factores previos y la situación postoperatoria orientan hacia hipopotasemia secundaria multifactorial.

### Comentario final

La hipopotasemia en pacientes ancianos postoperatorios es una condición frecuente y potencialmente grave que requiere abordaje integral desde atención primaria. La monitorización clínica y analítica, la revisión de la medicación y la rápida derivación a urgencias en casos complejos son fundamentales. Este caso resalta la importancia de la vigilancia del potasio en pacientes con múltiples factores de riesgo y la participación activa del médico en el diagnóstico diferencial y seguimiento.

### Bibliografía


- *Palmer BF. Regulation of Potassium Homeostasis. Clin J Am Soc Nephrol. 2015;10(6):1050-60.*
- *Rose BD, Post TW. Clinical physiology of acid-base and electrolyte disorders. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 260-85.*


## 918/47. NO TODO ES HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL


### Autores:

*González Rodríguez, M.[1], García Jara, P.[2], Caballero Castillo, L.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga*


### Descripción del Caso

Paciente de 72 años mujer, con cuadros de infecciones respiratorias de repetición y en últimos meses disnea de esfuerzo. Desplazada a nuestro centro rural desde ciudad costera. Antecedentes de hipertensión, dislipemia, hiperreactividad bronquial en tratamiento con budesonida/formoterol, bromuro de ipratropio y montelukast. Presenta varias consultas por disnea en contexto de infección respiratoria, persistiendo la disnea

al terminar el cuadro infeccioso y progresando junto con deterioro general de la paciente.

### Exploración y pruebas complementarias

Estado general conservado, eupneica en reposo, no acropaquias, saturación basal de oxígeno 94%. Auscultación respiratoria con disminución del murmullo vesicular y crepitantes basales y en campo medio derecho. Analítica básica normal, neumoalergenos positivos al olivo. Espirometría no valorable porque al realizarla le da mucha tos. Radiografía de tórax con índice cardiotorácico normal, patrón intersticial bilateral de predominio derecho.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Se trata de una paciente que presenta infecciones respiratorias de repetición quedando tras resolverse la infección disnea que va progresando a lo largo del tiempo. En consultas sucesivas presenta auscultación con crepitantes en ambos campos pulmonares y en la radiografía de tórax hay un patrón intersticial bilateral, sugerente de enfermedad pulmonar intersticial: algún tipo de fibrosis pulmonar. Dada la clínica y resultados de pruebas complementarias se deriva a consulta de Neumología para valoración y completar estudio.

### Diagnóstico diferencial

Asma alérgico: paciente con tos, autoescucha de ruidos y opresión torácica, aunque presenta espirometría no valorable que hay que repetir por la clínica y sensibilización al olivo podría ser.

Enfermedad pulmonar intersticial: presenta disnea progresiva tras resolución de los últimos procesos infecciosos. Persiste auscultación con crepitantes y en la radiografía hay un patrón intersticial.

Hiperreactividad bronquial: infecciones respiratorias frecuentes con sibilantes.

### Comentario final

Neumología comenzó tratamiento con pirfenidona pero la paciente no lo toleró por nauseas y pérdida de apetito. Posteriormente iniciaron tratamiento con nintedanib. En pocos meses empeoró la disnea basal de la paciente, también tuvo varias agudizaciones, falleciendo en el hospital en el curso de la última infección respiratoria.

### Bibliografía


- *María Molina-Molinaa, Ivette Buendia-Roldanc, Diego Castillob,Fabian Caroe, Claudia Valenzuelab, Moisés Selmanc. Novedades diagnósticas y terapéuticas en fibrosis pulmonar progresiva. Archivos de Bronconeumología.2022;58(5): 418-424.*


## 918/57. HIPERANDROGENISMO: A PROPÓSITO DE UN CASO


### Autores:

*López Gómez, J.[1], Martín López, S.[2], Mateo Cárdenas, A.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla*


### Descripción del Caso

Reacción alérgica medicamentosa a metamizol. Antecedentes médicos: Obesidad grado II. Alopecia androgenética. No intervenciones. Tratamiento: espironolactona 50 mg y minoxidil tópico. Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 13 años. No gestaciones. Fórmula menstrual: 25/5-6.

Mujer de 18 años que consulta por alteraciones menstruales con amenorrea de unos 3-4 meses, aumento de peso y vello a nivel facial.

### Exploración y pruebas complementarias

- Hemograma: tres series normales.
- Bioquímica: Glucosa 84 mg/dL Proteínas totales 7,1 g/dL Urea 31 mg/dL Creatinina 0,76 mg/dL Función renal normal Ácido úrico 6,5 mg/dL Perfil lipídico normal. Hormonas tiroideas normales. Insulina 20,4 µUI/mL 2,6 - 24,9 Índice de resistencia a la insulina 4,25 Prolactina 39,2 ng/mL Folitropina 5,6 mUI/mL Lutropina 4,2 mUI/mL Estradiol 32 pg/mL Testosterona 70 ng/dL Globulina fijadora de hormonas sexuales 10,8 nmol/L Androstendiona 5,84 ng/mL 0,30 - 3,32 Deshidroepiandrosterona, sulfato 554 µg/dL Prolactina 34,7 ng/mL Folitropina 5,3 mUI/mL Lutropina 2,7 mUI/mL Estradiol 39 pg/mL Progesterona 1,85 ng/mL 17-Hidroxiprogesterona 25,28 ng/mL 0,20 - 2,30.
- Ecografía abdominal ginecológica: sin hallazgos.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome de ovario poliquístico. Hiperandrogenismo clínico/analítico con sospecha de hiperplasia suprarrenal congénita.

## Diagnóstico diferencial

- Amenorrea: hiperprolactinemia, fallo ovárico precoz, amenorrea hipotalámica funcional.
- Exceso androgénico: endrocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing o enfermedad tiroidea), tumor productor de andrógenos, fármacos (anabolizantes, ácido valproico, andrógenos tópicos).

## Comentario final

El hirsutismo suele ser secundario a un estado de hiperandrogenismo, siendo el síndrome de ovario poliquístico la causa más frecuente de hiperandrogenismo en la mujer en edad fértil. Otras causas posibles incluyen la hiperplasia suprarrenal congénita, los tumores secretores de andrógenos y el uso de fármacos con efecto androgénico, entre otros. La historia clínica, unida a las pruebas de laboratorio, nos ayudará a orientar claramente el diagnóstico. Tras estudio inicial en atención primaria se deriva a Endocrinología por elevación de 17-hidroxiprogesterona que ha solicitado análisis genético para descartar hiperplasia suprarrenal congénita así como a Ginecología por sospecha de síndrome de ovario poliquístico. Se prescriben anticonceptivos hormonales orales.

## Bibliografía


- *Ortiz-Floresa AE, Pascual-Corralesa E, Araujo-Castroa M, Escobar-Morrealea HF. Hiperandrogenismo femenino. Medicine. 2020; 13(18); 1007-1018.*
- *López Guerra A, García-Centeno R, Atencia Goñi J, González Albarrán O. Protocolo diagnóstico del hirsutismo. Medicine. 2024;14(17); 130-1033.*


# 918/60. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE UN CASO DE ACOSO ESCOLAR


## Autores:

*Warletta Tirado, I.[1], Warletta Tirado, I.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Levante. La Línea de la Concepción. Cádiz*


## Descripción del Caso

Mujer, 14 años, estudia 3º ESO, que acude a consulta con su madre por dolor abdominal recurrente, cefaleas diarias e insomnio pertinaz. Síntomas sin patrón claro, sin fiebre, vómitos ni alteraciones del tránsito intestinal. La madre refiere que en los últimos meses se muestra irritable, retraída, abandonando actividades extraescolares que disfrutaba. Se explora el contexto familiar, social y escolar. Reconoce burlas por parte de varias compañeras, exclusión social y mensajes ofensivos en redes sociales/whatssap. Refiere miedo a acudir al instituto, sensación de vergüenza y baja autoestima.

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración física sin hallazgos patológicos. Tristeza persistente, ansiedad anticipatoria relacionada con el entorno escolar. Analítica (hemograma, bioquímica, TSH, estudio de anemia): sin alteraciones.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Somatización secundaria a estrés emocional por acoso escolar, probable trastorno adaptativo con síntomas mixtos ansioso-depresivos.

## Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad generalizada. Cefalea tensional primaria. Dispepsia funcional.

## Comentario final

Se contacta con enfermero escolar referente que tras confirmar el caso de acoso en el centro educativo participa en la activación del protocolo antiacoso junto al equipo directivo y orientación escolar. Se establece seguimiento en AP y se deriva a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil para apoyo psicológico.

El acoso escolar constituye un problema de gran magnitud en la población pediátrica y adolescente que puede manifestarse mediante sintomatología somática inespecífica, como cefalea, dolor abdominal, fatiga o alteraciones del sueño. No obstante, con frecuencia no se contempla entre las primeras hipótesis del diagnóstico diferencial en consulta, lo que puede retrasar su reconocimiento y contribuir a su infradetección en Atención Primaria.

El médico de familia desempeña un papel clave en la identificación del origen psicosocial del problema, la orientación diagnóstica y la coordinación con otros profesionales para un abordaje integral del problema.

## Bibliografía


- *Armero Pedreira P, Bernardino Cuesta B, Bonet de Luna C. Acoso escolar. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13(52):661-670.*
- *Cañadas Ruiz GF, Baudet Moreno M, Ortega Vera S, Juárez Jiménez MV. Lo esencial en el abordaje mul-*

*tidisciplinar del acoso escolar. Med Fam Andal. 2021;22(2):83-85.*

## 918/84. DISECCIÓN CORONARIA, MÁS ALLÁ DE LA ANSIEDAD

### Autores:

*Sebastián Lacave, I.[1], Charlo Pumar, M.[2], Mateo Cárdenas, A.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla*

### Descripción del Caso

Paciente de 35 años que acude al centro de salud de madrugada refiriendo intensa ansiedad tras una discusión familiar hace 2 días. El mismo día que se produce la confrontación, acude a su médico de familia quien realiza electrocardiograma que resulta normal emitiéndose alta con diagnóstico de ansiedad cediendo su malestar tras administración de diazepam 5mg.

La paciente nos comenta que actualmente se encuentra muy nerviosa, con sensación de dolor centrotorácico opresivo, no irradiado, acompañado de nauseas sin disnea ni cortejo vegetativo, de 90 minutos de duración. No factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes familiares de cardiopatía.

Tras pruebas complementarias se administra tratamiento con percusión de nitroglicerina, doble antiagregación y anticoagulación y se traslada en ambulancia a sala de hemodinámica en el hospital.

Alli se realiza ecocardiografía donde se objetiva fracción de eyección del 39% con hipocinesia anterolateral.

Se realiza cateterismo cardíaco objetivandose disección coronaria espontánea del tronco coronario izquierdo con afectación de la descendente anterior y circunfleja, realizándose intervencionismo percutáneo con técnica de bifurcación e implante de stents, con resultado satisfactorio.

### Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos, a buena frecuencia.

Buen Murmullo vesicular bilateral

Tensión Arterial 130/90

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 62 lpm ascenso del elevación del segmento ST en cara anterolateral.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome coronario Agudo

### Diagnóstico diferencial

Crisis de Ansiedad

Sindrome Tietze

Sindrome Takotsubo

Pericarditis aguda

Síndrome coronario agudo

### Comentario final

La disección coronaria espontánea debe considerarse como causa de Infarto en mujeres jóvenes sanas, no necesariamente asociada a factores de riesgo cardiovascular, siendo el estrés un posible desencadenante.

Este caso ilustra el riesgo de sesgo en pacientes jóvenes etiquetadas previamente de ansiedad, así como la importancia del Electrocardiograma sistemático en Atención Primaria ante dolor torácico.

### Bibliografía


- *Hayes SN, et al. Spontaneous coronary artery dissection: current state. Circulation. 2018;137: e523–e557.*
- *Tweet MS, et al. Spontaneous coronary artery dissection in young women. J Am Coll Cardiol. 2012;60:234–242.*


## 918/90. PACIENCIA Y PERSEVERANCIA EN EL MANEJO INTEGRAL DE UN PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA Y COMORBILIDADES ASOCIADAS

### Autores:

*García Balboteo, J.[1], Aguilar Barceló, J.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepona. Estepona. Málaga*

### Descripción del Caso

Varón de 46 años que acude a consulta en 2022 por lumbalgia mecánica. En la exploración física inicial se objetiva un peso de 180 kg y talla de 1,82 m, con un índice de masa corporal (IMC) de 53,55kg/m2, considerándolo obesidad mórbida. Ante este hallazgo, se realiza una intervención breve inmediata sobre la necesidad

de modificar hábitos de vida, logrando implicar activamente a su esposa en la reestructuración de la alimentación familiar. Gracias a este cambio conductual espontáneo, el paciente consigue una reducción inicial de 5 kg en apenas dos meses. Ante la coexistencia de hipertensión arterial (HTA) mantenida, hiperuricemia y dislipemia, se establece un plan de intervención estructurado basado en el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente. Se emplea la entrevista motivacional como herramienta principal, pactando objetivos realistas a corto plazo y estableciendo revisiones periódicas cada 4-6 semanas. Estas sesiones se centran en el refuerzo de los logros, la reorientación ante dificultades y la educación terapéutica sobre el etiquetado nutricional y la automonitorización.

## Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 160/110 mmHg, IMC 53 kg/m$^2$. Colesterol LDL de 124 mg/dL en 2023 a 98 mg/dL en mayo de 2025. Colesterol HDL 48mg/dL. Triglicéridos 140 mg/dL. Glucosa en ayunas 92 mg/dL. Hemoglobina glicada (5,2% en 2024; 5,0% en 2025). Ácido úrico 7,5 mg/dL en 2023. Sistemático de orina normal. Ecografía abdominal, Doppler renal y ECG resultaron normales, descartando causas secundarias de HTA.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Obesidad mórbida primaria con comorbilidades.

## Diagnóstico diferencial

Síndrome Metabólico (perímetro de cintura, Triglicéridos, Presión arterial y Glucosa en ayunas elevadas, Colesterol HDL bajo). No cumple.

## Comentario final

La evolución fue favorable, logrando una reducción total del 36% del peso corporal. Este caso ilustra el papel central de la Atención Primaria, donde la perseverancia, el refuerzo positivo y un enfoque multidisciplinar, permiten no solo el control metabólico, sino también la reducción progresiva de la carga farmacológica, alcanzando resultados sostenibles y una mejora drástica en la calidad de vida del paciente.

## Bibliografía


- *Obesity in Adults. Lancet. 2024. Lingvay I, Cohen RV, Roux CWL, Sumithran P.*
- *Health Complications of Obesity: 224 Obesity-Associated Comorbidities From a Mechanistic Perspective. Gastroenterology Clinics of North America. 2023. Yuen MMA.*


# 918/93. DESPUES DE LA TORMENTA LA CALMA. ADULTO JOVEN CON ANSIEDAD, PERDIDA PONDERAL Y PRESION DE CUELLO.


## Autores:

*Aguilar Barceló, J.[1], García Balboteo, J.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepona. Estepona. Málaga*


## Descripción del Caso

Varón de 31 años, sin antecedentes relevantes, atendido en varias ocasiones por teleconsulta. Acude a consulta no demorable, presentando cuadro de semanas de evolución con pérdida de peso (~10 kg), temblor, polifagia, diarrea, nerviosismo y tumefacción en el cuello. Manifiesta además claro deterioro sintomático, con taquicardia y agitación (no se puede parar de mover).

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: FC 100 lpm, TA 120/70 mmHg. Bocio palpable no doloroso. Leve exoftalmos. Temblor de reposo en piernas y manos. Sin signos de insuficiencia cardiaca.

Analítica: TSH <0.01 µU/mL, T4 libre 9.05 ng/dL, T3 libre >20 pg/mL. Anticuerpos antiperoxidasa >1300 UI/mL. TSI inicialmente muy elevados (posterior descenso de 27 a 8.3). Hipercalcemia (calcio corregido 11.99 mg/dL) con fósforo y fosfatasa alcalina elevados. PTH y vitamina D en rango normal.

Ecografía tiroidea: Tiroides aumentado de tamaño, sin nódulos, con hipervascularización difusa.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Mejoría clínica y analítica tras inicio de carbimazol y propranolol. Crisis tirotóxica resuelta. Hipertiroidismo primario por Enfermedad de Graves-Basedow, confirmado por autoinmunidad positiva (TSI elevados) y hallazgos ecográficos. La hipercalcemia significativa se interpretó como secundaria al aumento de la resorción ósea inducido por la tirotoxicosis.

## Diagnóstico diferencial

1. Tiroiditis subaguda (De Quervain): Por bocio doloroso y anticuerpos anti-TPO elevados.

2. Tiroiditis de Hashimoto en fase hipertiroidea.

3. Otras causas de hipercalcemia: Hiperparatiroidismo primario o neoplasia (descartadas con PTH normal y PTHrP no elevada).

### Comentario final

Caso que ilustra una presentación severa en Atención Primaria de enfermedad de Graves, con tormenta hipertiroidea e hipercalcemia sintomática como manifestación poco frecuente. Destaca la importancia de un abordaje secuencial (consulta telefónica, consulta presencial, teleconsulta con hospitalaria, consulta externa) para el diagnóstico y manejo integral, el papel de la ecografía y la autoinmunidad tiroidea para confirmar la etiología, y la respuesta favorable al tratamiento antitiroideo convencional.

### Bibliografía


- *Ross DS, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid. 2016.*
- *De Leo S, et al. Hyperthyroidism. Lancet. 2016.*


## 918/113. USO DE BOMBA ELASTOMÉRICA EN INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*González Rodríguez, M.[1], Luque Hernández, C.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga*


### Descripción del Caso

Paciente varón de 87 años con antecedentes de hipertensión, doble lesión aórtica severa corregida con prótesis mecánica, insuficiencia cardiaca congestiva con fracción de eyección deprimida, dolor óseo crónico, fibrilación auricular permanente, insuficiencia renal crónica.

Paciente que acude periódicamente cada mes a control de sintrom con enfermería y a control de constantes en consulta médica. Se pesa a diario para controlar posibles signos de descompensación. En las últimas semanas ha aumentado unos 5 kg de peso llegando hasta 85 kg se nota más edematizado de forma general y por la noche presenta disnea con el decúbito. Ha aumentado la furosemida 40 mg de 2 a 3 comprimidos diarios.

### Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, eupneico en reposo, auscultación cardiopulmonar con crepitantes bibasales y saturación de oxígeno 90%. Edemas con fóvea en ambos miembros inferiores y abdomen. Tensión arterial 100/60. Peso 83 kg.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Se trata de Insuficiencia cardíaca descompensada. Para lo cual se propone tratamiento deplectivo en hospital de día médico pero el paciente tiene reticencias a acudir al hospital. Se plantea la posibilidad de uso de infusor subcutáneo con furosemida y acepta. Tenemos dispositivos para tratamiento de dos o cinco días. Se coloca dispositivo con dosis de 240 mg de furosemida para dos días y acudirá de nuevo a revisión.

### Diagnóstico diferencial

En este caso tenemos claro que se trata una insuficiencia cardiaca descompensada. No ha tenido clínica infecciosa en días previos. No trasgresión dietética. Anemia multifactorial ya conocida que no se ha descompensado. No toma antiinflamatorios. Sin embargo a pesar de un correcto cumplimiento terapéutico y dietético según refiere ha ido aumentado progresivamente la retención hídrica.

### Comentario final

Tras tratamiento con furosemida subcutánea durante dos días acude a revisión y se encuentra bastante mejor con un peso de 79.5 kg. El infusor subcutáneo es una estupenda opción para tratamiento deplectivo, en atención primaria y más en zonas rurales.

### Bibliografía


Pascual López L, Blanquer Gregori JFJ. Uso de infusores para la administración de fármacos por vía subcutánea en Atención Primaria. AMF 2017;13(7).

Gallardo Avilés R, Gamboa Antiñolo F. Monografía SECPAL. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Octubre 2013 (4).


## 918/115. LA ECOGRAFÍA ACCESIBLE A TODO EL MUNDO


### Autores:

*Gracia Rodriguez, R.[1], Zurita Luque, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Carpio. El Carpio. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bujalance D. Antonio Fernandez de Molina y Cañas. Bujalance. Córdoba*


### Descripción del Caso

Paciente de 47 años de una zona rural, acudió por bultoma en cara lateral izquierda del cuello de 1x2cm desde septiembre. Sensación de presión y dolor. No presentaba fiebre y había perdido unos 5-6 Kg en el último mes y medio. Acude a mediados de octubre al centro de salud donde le vio un médico sustituto y le mandó una ecografía y analítica.

Debido a no poner bien los datos de la solicitud de la ecografía, se la rechazaron y la paciente volvió a acudir a su médico de atención primaria.

### Exploración y pruebas complementarias

Cuello: Bultoma móvil con la deglución en zona lateral izq.

Tras ver a la paciente, le realizó una ecografía en consulta y observó el tiroides de tamaño normal con ecogenicidad heterogénea y un nódulo sólido hipoecogénico en el lóbulo tiroideo izquierdo (LTI).

Analítica: normal

Se realizó una teleconsulta con las imágenes y una nueva analítica antes de la cita con el endocrino: Tirotropina * 0,080 µUI/mL Tiroxina (libre) * 1,85 ng/dL.

En la consulta de endocrino especializada en nódulo tiroideo realizaron una ecografía donde coincidía mayoritariamente con la de su médico de atención primaria: Tiroides de tamaño normal con ecogenicidad heterogénea. En LTI se observa un nódulo sólido hipoecogénico de 13 x 15 x 15 (Tirads 4) sobre un patrón de tiroiditis.

Le solicitaron una analítica más específica con inmunoglobulina estimulante de la tiroides (TSI) que resultó dudosoy esta semana, le han solicitado una gammagrafia.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Nódulo tiroideo

### Diagnóstico diferencial

- Tumor
- Quiste
- Bocio
- Tiroiditis.

### Comentario final

La ecografía es una herramienta útil para el médico de atención primaria en la práctica general para diagnosticar de forma fiable ciertas enfermedades, patologías potencialmente mortales, reduciendo el tiempo hasta el tratamiento definitivo, las derivaciones innecesarias y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

### Bibliografía


- *Viudas Sainz E, Sánchez Sempere AM, Vicente López O, Cabrera Gómez J. Uso de la ecografía clínica en atención primaria: nódulo tiroideo [Use of clinical ultrasound in primary care: Thyroid nodule]. Semergen. 2024;50(9):102384. doi:10.1016/j.semerg.2024.102384*
- *Glavanova A. Ultrasound screening of thyroid pathology in primary medical care: abnormalities and prevalence [Internet]. Journal of Biomedical Clinical Research. 2024;127525. Disponible en: jbcr.arphahub.com.*


## 918/118. LA SARNA INSIDIOSA


### Autores:

*Gracia Rodriguez, R.[1], Zurita Luque, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Carpio. El Carpio. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bujalance D. Antonio Fernandez de Molina y Cañas. Bujalance. Córdoba*


### Descripción del Caso

Paciente de 35 años que vive en una rural, acude a consulta porque refiere lesiones que con picor y escozor en genitales, zona superior púbica. Afebril. Ha estado durmiendo en hostal por motivos de trabajo, tiene mujer e hijo recien nacido sin lesiones. Le ha salido de forma aislada en el empeine del pie otra en rodilla y otras dos en los muslos. Prurito generalizado.

Ha acudido durante varios meses al centro de salud donde se ha tratado con antibiótico, antihistamínicos, corticoide tópico y permetrina sin mejoría.

Se realiza teleconsulta a dermatología: escabiosis (con componente de sarna nodular). Se comienza tratamiento con permetrina 5% crema e ivermectina oral.

Tras mejoría con el tratamiento, estuvo un mes sin síntomas y comienza de nuevo con lesiones en ombligo y pene que le causan prurito. Se le vuelve a realizar otra

teleconsulta y le indicaron tratamiento con corticoides por lesiones inespecíficas residuales de la sarna. Comenzó con más lesiones y se volvió a tratar con permetrina, le ceden las lesiones pero luego le vuelven a aparecer con importante prurito. Se realiza nueva teleconsulta.

En último lugar se le pautó azufre en vaselina al 10% (fórmula magistral). Aplicar durante 3 días desde el cuello hasta las plantas de los pies.

Tras este último tratamiento, se consiguió remitir la enfermedad.

### Exploración y pruebas complementarias

Lesiones como pequeños granos duros con mínima punta que se desprende al rascarse, en genitales, zona superior púbica. Alguna lesión aislada en el empeine del pie otra en rodilla y otras dos en los muslos

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Escabiosis (sarna nodular)

### Diagnóstico diferencial

Escabiosis, Tiña, Impétigo, Dermatitis y Liquen.

### Comentario final

El caso clínico de escabiosis expuesto pone de manifiesto la relevancia del médico de familia como primer punto de contacto, clave en la sospecha diagnóstica, inicio precoz del tratamiento y el control epidemiológico de los contactos. La colaboración con el dermatólogo, apoyada en la teleconsulta, permite optimizar tiempos diagnósticos, reducir derivaciones innecesarias y mejorar la precisión clínica mediante la valoración especializada de imágenes y la orientación terapéutica.

### Bibliografía


- *Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, Lupi O, Schwartz RA. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. The Lancet. 2006;367(9524):1767-1774.*
- *World Health Organization. Scabies. WHO Fact Sheets; 2023.*


## 918/119. EL FAMILIAR MÁS PACIENTE

### Autores:

*Gracia Rodriguez, R.[1], Zurita Luque, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Carpio. El Carpio. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bujalance D. Antonio Fernandez de Molina y Cañas. Bujalance. Córdoba*

### Descripción del Caso

Paciente de 27 años sin antecedentes personales de interés, que se va de viaje a Lanzarote y al volver en el avión comienza con sensación de taponamiento e hipoacusia. Viaja con su novia, médica de atención primaria, que le indica que es normal tras el descenso del avión y cambio de presiones.

Tras esto se quedan comiendo en la playa y pasando el día y al volver a casa continuaba con las mismas molestias por lo que su novia le explora con el otostopio y presenta un barotrauma. No presentaba hemotimpano.

Al día siguiente acuden a urgencias para valoración por el otorrinolaringologo que le revisa con un videotoscopio y le indican tratamiento con un descongestionante y lavados nasales con agua de mar. Si no presenta mejoría, volver a revisión en 1 semana.

### Exploración y pruebas complementarias

Otoscopia del médico de familia: Conductos auditivos normales, oído derecho hemotímpano no a tensión.

Videotoscopio en otorrino: Conductos auditivos normales, tímpano íntegro con hemotímpano en oído derecho y tímpano íntegro con imagen sugestiva de otitis seromucosa en oído izquierdo.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hemotímpano y barotrauma bilateral.

### Diagnóstico diferencial

Otitis serosa, perforación timpánica y Otitis media hemorrágica.

### Comentario final

El caso clínico de barotrauma tras un viaje en avión resalta la importancia de realizar una exploración física completa y sistemática del paciente, incluso cuando se trata de un familiar o una persona cercana. La familiaridad puede generar un falso sentimiento de seguridad que lleve a infravalorar síntomas o a omitir pasos esenciales de la valoración clínica. En patologías como el barotrauma, una adecuada anamnesis y una exploración otorrinolaringológica minuciosa resultan fundamentales para identificar signos de afectación del oído medio y prevenir complicaciones. Este caso subraya la necesidad de mantener siempre una actitud profesional, objetiva y rigurosa, garantizando la misma calidad asistencial independientemente del vínculo personal

con el paciente, en línea con las buenas prácticas clínicas y la ética médica.

### Bibliografía


- *Poe DS, Abou-Halawa A, Abdel-Razek O. Analysis of the dysfunctional eustachian tube by video endoscopy. Otolaryngology–Head and Neck Surgery. 2001;125(5):413-420.*
- *Edmonds C, McKenzie B, Thomas R. Diving and Subaquatic Medicine. 5th ed. CRC Press; 2015.*


## 918/128. CUANDO EL DOLOR NO TIENE PRUEBAS

### Autores:

*Ayala González, L.[1], Sifuentes Tutor, V.[2], Alcantarilla Reyes, E.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga*

### Descripción del Caso

Mujer de 38 años sin antecedentes de interés. Convivía con sus tres hijos y su marido. Acude en varias ocasiones por síntomas inespecíficos como cefalea, astenia, insomnio y dolores musculares sin evidenciarse causa orgánica que los justifique. Consulta a urgencias por palpitaciones, disnea, mareo y pérdida de peso, refiriendo situación de elevado estrés por amenazas de su pareja. Días después acude a Atención Primaria por empeoramiento del estado general, ansiedad intensa y agotamiento emocional.

### Exploración y pruebas complementarias

Actitud hipervigilante, contacto visual escaso, respuestas vagas y llanto fácil. Niega ideación suicida. El resto de exploración física fue normal. No se realizaron pruebas complementarias adicionales. La anamnesis dirigida permitió identificar maltrato físico y psicológico mantenido. Se realizó intervención psicológica de primer nivel, incluyendo evaluación del riesgo, plan básico de seguridad, información sobre recursos y derivación a trabajo social y psicología, con seguimiento en Atención Primaria.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Trastorno por estrés postraumático (TEPT) secundario a violencia de género

Trastorno de ansiedad y depresión reactiva

### Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor

Trastorno de ansiedad generalizada

Causas médicas orgánicas

### Comentario final

La violencia de género, en muchas ocasiones, pasa desapercibida en nuestra consulta. La falta de tiempo, la carga asistencial y la insuficiente formación específica podrían justificar este problema. Atención Primaria constituye un pilar fundamental en la detección precoz y abordaje de este gracias a su accesibilidad, longitudinalidad y continuidad. Una mayor educación en el tema podría reducir el número de casos como el de nuestra paciente.

### Bibliografía


- *Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Naciones Unidas; 1993.*
- *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La Atención Primaria frente a la violencia de género: necesidades y propuestas. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2012.*


## 918/129. LUMBALGIA Y DISNEA COMO SÍNTOMAS PARANEOPLÁSICOS

### Autores:

*Mateo Cárdenas, A.[1], López Gómez, J.[1], Sebastián Lacave, I.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla*

### Descripción del Caso

Paciente de 45 años, albañil de profesión, que acude por lumbalgia mecánica de un año de evolución que ha ido en aumento. Lo ha relacionado con su actividad laboral. Niega traumatismo previo ni mayor sobreesfuerzo del habitual. Ha tomado analgésicos de primer escalón sin mejoría. Además, desde hace unos días, nota cierta disnea y ligero edema a nivel esternal.

Desde consulta, se solicita una radiografía de tórax, en la que se observa un ensanchamiento mediastínico. Se deriva al paciente a urgencias, donde en analítica se detecta una leucocitosis de 30.000/mm3 y una

linfopenia de 300/mm3, además del ensanchamiento mediastínico en radiografía de tórax. Se realiza TAC toraco-abdominal donde se observan conglomerados adenopáticos multinivel.

El paciente ingresa en hematología, y tras ser estudiado, se diagnostica de un Linfoma No Hodgkin T3N2M1.

## Exploración y pruebas complementarias

Analítica con leucocitosis (30.000/mm3) y linfopenia (300/mm3) con anemia (Hb 10 g/dL).

Radiografía de tórax con ensanchamiento mediastínico.

TAC toraco-abdominal con múltiples conglomerados adenopáticos multinivel.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Inicialmente, se podría pensar en una lumbalgia o lumbociatalgia.

Tras los resultados de las pruebas complementarias, se piensa en síndromes linfoproliferativos como causa principal.

## Diagnóstico diferencial

Lumbalgia: suele responder a analgesia y no se alarga en el tiempo.

Ciatalgia: puede requerir más analgesia, pero no da alteraciones analíticas.

Linfoma: puede dar dichas alteraciones y provocar dolor óseo si es metastásico.

Mieloma Múltiple: puede dar dolo óseo, pero es más típico en pacientes de edad más avanzada.

## Comentario final

Ante unos síntomas tan frecuentes como pueden ser una lumbalgia y una disnea, el médico de familia debe identificar datos de alarma tales como tiempo de evolución o falta de respuesta al tratamiento para realizar más pruebas y descartar malignidad para poder llegar a un diagnóstico y tratamiento precoz.

## Bibliografía

1. D Ferdinandov, et al. Common differential diagnosis of low back pain. PMCID: PMC10876847; 2024.

2. Albayrak F, Kisacik B, Gündüz I, et al. Inflammatory low back pain-associated malignancies mimicking spondylarthritis. Clin Rheumatol. 2024 Nov;43(11):3345-3350. DOI: 10.1007/s10067-024-07141-w.

# 918/138. CUANDO EL DIAGNÓSTICO CAMBIA UNA FAMILIA: PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA EN EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.

## Autores:

*Linares Ramírez, M.[1], López-Sidro López, M.[1], Poyato Zurita, P.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba*

## Descripción del Caso

Varón de 40 años que acude de forma urgente a consulta de Atención Primaria por presentar desde hace unas dos horas dificultad para hablar y pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo. Ante la sospecha clínica de ictus el médico de familia decide derivación al servicio de Urgencias hospitalarias.

## Exploración y pruebas complementarias

Tras la realización de pruebas complementarias se objetiva una lesión ocupante de espacio cerebral, diagnosticándose de metástasis cerebral a causa de un carcinoma pulmonar. Este diagnóstico supone un cambio brusco en la situación vital del paciente y de su núcleo familiar, previamente sano y sin apenas contacto con el sistema sanitario.

Tras el alta hospitalaria, el médico de familia retoma el seguimiento del paciente y su familia, convirtiéndose en el profesional de referencia, no solo para el control clínico, sino para el abordaje emocional del proceso oncológico.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Carcinoma pulmonar con metástasis cerebrales.

## Diagnóstico diferencial

- Ictus isquémico o hemorrágico.
- Lesión ocupante de espacio cerebral.
- Crisis epiléptica con déficit postcrítico.
- Trastornos metabólicos agudos.

## Comentario final

Este caso subraya el papel del médico de familia en el abordaje familiar ante una enfermedad grave e in-

esperada, especialmente en pacientes jóvenes. El diagnóstico de una metástasis cerebral de origen pulmonar constituye un acontecimiento vital altamente estresante, que genera desorganización emocional, incertidumbre y miedo tanto en el paciente como en su entorno más cercano.

La continuidad asistencial permite al médico de familia conocer la estructura familiar, detectar sobrecarga emocional, identificar cuidadores principales y facilitar la comunicación con los distintos niveles asistenciales. El acompañamiento continuado, la escucha activa y el apoyo emocional a la familia resultan fundamentales para favorecer la adaptación al proceso oncológico y prevenir complicaciones psicosociales.

La actuación de Atención Primaria no finaliza con la derivación urgente o el diagnóstico, sino que cobra más valor en el seguimiento longitudinal del paciente y su familia, reforzando el enfoque biopsicosocial que define la Medicina de Familia.

### Bibliografía


- *Hockemeyer K, Rusthoven C, Pike LRG. Advances in the management of lung cancer brain metastases. Cancers (Basel). 2024;16(22):3780.*
- *Li Y, et al. A systematic review and meta-analysis of psychological burden in family caregivers of patients with brain tumors. Sci Rep. 2025;*


## 918/142. VIVIR SIN INSULINA ES POSIBLE


### Autores:

*Amador Soto, P.[1], Llerena Guerrero, R.[1], Gómez Pagés, J.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chiclana - El Lugar. Chiclana de la Frontera. Cádiz*


### Descripción del Caso

Paciente de 76 años, con los siguientes AP:

- FRCV: HTA.DM tipo 2. DLP.
- SAOS
- Ex-bebedor habitual de 1 litro de vino hasta hace 2 años. Exfumador desde 2010,durante 50 años (ICAT 50p/año).
- SCACEST inferior en Diciembre 2020 (revascularizado con dos stents farmacoactivos. ETT: HVI ligera 12 mm con hipoquinesia septal y FE 50%).
- Fibrilación auricular anticoagulado con NACO.
- Prótesis de cadera bilateral.

Se trata de un paciente con un riesgo cardiovascular muy alto, que en una primera consulta realiza tratamiento para su diabetes con 56 UI de insulina lenta y rescates con insulina rápida(20UI). Durante varios meses,debido a hipoglucemias y ru riesgo CV, vamos disminuyendo insulina e iniciando fármacos con beneficio en el eje cardio-reno-metabólico. Actualmente el paciente se encuentra con buen estado general, pasando de encamamiento a realizar vida normal, se ha conseguido suspender insulina y trata su DM II con biguanida, ISGLT2 y AGLP1, con excelente control metabólico. Se ha realizado el tratamiento y seguimiento íntegramente en AP.

### Exploración y pruebas complementarias

AÑO 2024:

- BEG.COC.BHYP. Eupneico en reposo. Cianosis facial. Obesidad grado II(IMC 36)
- ACP: Arrítmica sin soplos.MVC,con crepitantes bibasales.
- ANALITICA 2024: Glucemia basal 177. HB1AC 8.4%. Cr 1.48. FG 45. LDL 75. CAC 15(A1).
- Insulina 276, Péptido C 0.42 Y HOMA IR 51.
- SMART RISK SCORE: 56%

AÑO 2026

- Obesidad grado I(IMC 31).
- ANALITICA: Gluc basal 91 HB1AC 6.4% Cr 1 FG 74 CAC A1 74 Colesterol total 94 LDL 26
- SMART RISK SCORE 30%

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINODEPENDIENTE

### Diagnóstico diferencial

SINDROME DE CUSHING

HIPOTIROIDISIMO

### Comentario final

Resaltar la importancia de la adiposidad y el uso de fármacos con beneficio a nivel del eje cardio-reno-metabólico para la prevención de ECV, recurriendo al uso de la insulina solo cuando su uso sea estrictamente necesario, realizando una desescalada una vez corregida la descompensanción metabólica.

## Bibliografía

- *Tran-Duc PN, Heo KS. Cardiovascular Benefits of Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists. Cardiometab Syndr J. 2025 Sep;5(2):45-59. https://doi.org/10.51789/cmsj.2025.5.e9*
- *Castro JP, El-Atat FA, McFarlane SI, Aneja A, Sowers JR. Cardiometabolic syndrome: pathophysiology and treatment. Curr Hypertens Rep. 2003 Oct;5(5):393-401. doi: 10.1007/s11906-003-0085-y. PMID: 12948432.*


# 918/143. CUANDO EL INFARTO NO TERMINA: SÍNDROME DE DRESSLER


## Autores:

*Prieto Sánchez de Puerta, C.[1], Ruf Sánchez, P.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba*


## Descripción del Caso

Paciente mujer de 65 años. Fumadora activa de 40 cigarrillos al día (73 paquetes/año). Es hipertensa y diabética tipo 2. Acude a urgencias por dolor centrotorácico que se irradia a cuello de 24 h de evolución así cómo nauseas y vómitos con intolerancia oral desde hace 15 días. Se solicita analítica completa con troponinas y reactantes de fase aguda así como radiografía de tórax. Posteriormente se administra sueroterapia intravenosa.

## Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Signos de deshidratación mucocutanea así como palidez. Discretamente taquipneica.

TA 100/50 mmHg FC 100 lpm SatO2 (FiO2:0.21) 97% Tª 37.5º

ACP: tonos rítmicos sin soplos audibles. Roce pericárdico. Murmullo vesicular disminuido de manera generalizada.

Analítica: leucocitosis de 14.000 con desviación izquierda, así como marcada elevación de proteína C reactiva. Troponinas >35000 ng/ml. Se objetivaron alteraciones ionicas: hipernatremia e hiperpotasemia.

Rx tórax: Derrame pleural bilateral.

Dados los resultados de pruebas realizadas, se decide realizar ecoscopia a pie de cama objetivándose derrame pericárdico moderado así como hipocinesia segmentaria. Se observó también disminución de contractilidad así como FE deprimida.

Se decide ingreso en Observación y valoración por Cardiología de manera urgente.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Complicacion post-infarto. Síndrome de Dressler

## Diagnóstico diferencial

Reinfarto agudo de miocardio (ReIAM)

Tromboembolismo pulmonar

Complicaciones mecánicas post - IAM

Neumonía

Derrame pleural

## Comentario final

El síndrome de Dressler es una entidad desconocida aunque debe tenerse en consideración como complicación posterior a procedimientos cardiacos y como recurrencia de consulta por dolor torácico en los servicios de urgencias y atención primaria. Es una forma de pericarditis tardía que aparece como complicación inmunomediada tras un infarto agudo de miocardio, habitualmente entre 2 y 8 semanas después del evento inicial. Aunque su incidencia ha disminuido, continúa siendo una entidad vigente que puede simular complicaciones cardiovasculares potencialmente graves.


## Bibliografía

- *Dressler's Syndrome as a Late Complication of Myocardial Infarction: A Case Report.Cureus. 2024;16(9):e69583.*
- *Síndrome de Dressler.Iatreia. 2023;36(4):538–549.*


# 918/151. MIOSITIS NECROSANTE INMUNOMEDIADA SECUNDARIA A ESTATINAS.


## Autores:

*Generoso Torres, M.[1], Generoso Torres, C.[2], Mesa Espadas, C.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mirasierra. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torredonjimeno. Torredonjimeno. Jaén, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mirasierra. Granada*

## Descripción del Caso

Paciente de 62 años, nuevo en el cupo con antecedentes personales de HTA, dislipemia y diabetes en tratamiento con metformina 1g/dapagliflozina 5mg, losartan 50mg, gliclazida 60mg y rosuvastatina 10mg.

En la primera visita acude para renovar medicación y por ligero dolor en miembro superior derecho inespecífico. Tras tres meses acude de nuevo refiriendo disfagia para líquidos y sólidos, así como pérdida de peso y gran debilidad. También disfonía con sensación de cuerpo extraño. Mialgias y parestesias tanto en miembros superiores como inferiores con dificultad para levantar peso y para la marcha.

No presenta fiebre o sudoración nocturna, clínica cardiaca ni urológica. Sí refiere episodio de rectorragia y aumento de estreñimiento.

## Exploración y pruebas complementarias

No masas ni tumoraciones. No edemas. Auscultación anodina. En analítica todos los resultados son normales, no SOH, anemia o falta de hierro. No alteración de TSH, PSA ni hematuria. Sin embargo, presenta CPK elevada (7000-8000 U/L) desde 2023.

Se deriva a urgencias para ingreso en Medicina Interna, donde inicialmente se sospecha neoplasia digestiva que, tras realizarle PEC-TAC, EDA, EDB se descarta. Posteriormente se realiza estudio neurofisiológico y en electromiograma se detecta: Miopatía inflamatoria. Se realiza diagnóstico diferencial entre las posibles miopatías (anticuerpos miopatías inflamatorias autoinumines y serologías; borrelia y Coxiella) y finalmente, tras resultado de positividad para el anticuerpo antihidroximetilglutamil-CoA reductasa, se diagnostica de miositis inflamatoria necrosante inmunomediada secundaria a estatinas

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Miositis necrosante autoinmune (MNA) mediada por estatinas

## Diagnóstico diferencial

Neoplasia, miopatía(farmacológica, neoplásica, infecciosa, asociada a tirotoxicosis, idiopática), enfermedad neurológica(Guillain-Barré).

## Comentario final

La MNA asociada a estatinas es una entidad poco frecuente que se caracteriza por debilidad muscular, elevación marcada y persistente de la CPK y presencia de anticuerpo antihidroximetilglutamil-CoA reductasa. A diferencia de la miopatía tóxica inducida por estatinas, ésta persiste incluso tras la suspensión del fármaco debido a una respuesta autoinmune.

Desde atención primaria debemos estar atentos ante determinaciones analíticas con cifras elevadas de CPK con una suspensión temprana del tratamiento, evitando así el desarrollo de la enfermedad o complicaciones.

## Bibliografía

Rodriguez-Chavez LA, Romero-Díaz MY, Machuca-Carranza A, Cabanillas-López JG: Miositis necrosante autoinmune asociada al uso de atorvastatina: reporte de un caso y revisión de la literatura. Med.clín.Práct, 2026;9(2).

# 918/157. CERVICOBRAQUIALGIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN SARCOMA DE EWING EXTRAESQUELÉTICO: IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

## Autores:

*López-Sidro López, M.[1], Linares Ramírez, M.[1], Pardo Zaragoza, C.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba*

## Descripción del Caso

Varón de 51 años con antecedentes de Diabetes tipo 2, no fumador y sin otros hábitos tóxicos.

Consulta en Atención Primaria por dolor de dos meses de evolución en hombro derecho, con irradiación hasta la mano homolateral. El dolor es discontinuo, de carácter agudo e intenso, y se acompaña de parestesias persistentes en antebrazo derecho y sensación de pérdida de fuerza en la mano.

En la exploración física presenta contractura muscular paravertebral cervical y del trapecio derecho, leve disminución de la fuerza en mano derecha y maniobras de Tinel y Phalen positivas.

## Exploración y pruebas complementarias

Se solicita radiografía cervical, que muestra rectificación de la lordosis y osteofitos en C4-C5 y C5-C6. Ante

la persistencia de la clínica neurológica, se completa el estudio con electromiografía, objetivándose afectación radicular D1 de carácter agudo y evolutivo.

La intensidad y progresión de los síntomas, motiva la realización de una resonancia magnética cervical, en la que se identifica una masa extrapulmonar en mediastino posterior, sugestiva de tumor neurogénico o tumor fibroso solitario. Ante este hallazgo se derivó a Cirugía torácica de forma preferente.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

El paciente es intervenido quirúrgicamente, realizándose exéresis completa de la masa. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de sarcoma de Ewing extraesquelético.

## Diagnóstico diferencial

Inicialmente se plantearon:

- Radiculopatía cervical degenerativa.
- Síndrome del túnel carpiano.
- Patología musculoesquelética cervical.
- Neuropatía periférica.
- Proceso tumoral con afectación neurológica secundaria.

## Comentario final

El dolor cervicobraquial persistente con síntomas neurológicos progresivos debe ser reevaluado de forma sistemática en Atención Primaria. La ausencia de respuesta al manejo habitual y la falta de correlación entre clínica e imagen degenerativa constituyen signos de alarma. El médico de familia, gracias al seguimiento longitudinal y uso de pruebas complementarias, es fundamental para el diagnóstico precoz de patologías poco frecuentes, pero potencialmente graves, optimizando la derivación y el pronóstico del paciente.

## Bibliografía


- *Reiling K, Malhotra S, Das S. Unusual Etiology of Mediastinal Mass in a Pediatric Patient: Extra-osseous Ewing's Sarcoma [Internet]. Available from: www.atsjournals.org*
- *Lath N, Joshi PR, Kumari K, Neupane S, Ranjan R, Ghimire N. Thoracic epidural Ewing sarcoma mimicking an epidural abscess: A case report. Int J Surg Case Rep. 2023 Jun 1;107.*

3. semFYC. Abordaje del dolor cervical en Atención Primaria. Guías clínicas.


# 918/158. USO DE BÁSCULA INTELIGENTE EN EL MANEJO DE LA OBESIDAD EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.


## Autores:

*Andrés Vera, J.[1], Varo Morilla, M.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz*


## Descripción del Caso

Mujer de 46 años, sin antecedentes de interés que acude por ganancia progresiva de peso en últimos años, refractario a cambios de hábitos de vida. Refiere síntomas depresivos, así como baja autoestima con episodios ocasionales de atracones nocturnos.

Se decidió consensuadamente en consulta con la paciente una modificación intensiva del estilo de vida con plan nutricional supervisado, aumento progresivo de actividad física (aeróbica y de fuerza) y tratamiento farmacológico con tirzepatida de 0,25 mgr/7 días a dosis ascendente.

## Exploración y pruebas complementarias

En primera consulta presenta un peso de 88,75 kg, IMC de 32,6 kg/m$^2$, perímetro abdominal (PA) de 91 cms, índice cintura altura 0.58, porcentaje de grasa corporal de 43,7% y de masa grasa 20,1 kg medidos con báscula inteligente. Analítica: Glucosa 101 mgr/dl, Colesterol 216 mgr/dL, LDL 147 mgr/dL, triglicéridos 64 mgr/dL.

Durante el seguimiento mensual se monitorizó peso, composición corporal y tolerancia al fármaco. Presentó náuseas leves y dispepsia en las primeras semanas, sin otros efectos adversos.

A los 6 meses de tratamiento hasta tirzepatide de 10 mgr/7 días, la paciente alcanzó un peso de 60,75 kg, IMC de 23,7 kg/m$^2$ (normopeso), PA 80 cms, porcentaje de grasa corporal de 33,1% y de masa grasa 18,2 kg medidos con báscula inteligente. Analítica: Glucosa 90 mgr/dl, Colesterol 177 mgr/dL, LDL 125 mgr/dL triglicéridos 53 mgr/dL.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Obesidad grado 1.

## Diagnóstico diferencial

Hipotiroidismo. DM2. Síndrome de ovario poliquístico.

## Comentario final

El caso evidencia una pérdida de peso superior al 15%, clínicamente relevante según guías de práctica clínica, que recomiendan tratamiento farmacológico en IMC =30 kg/m$^2$ o =27 kg/m$^2$ con comorbilidades. La tirzepatida, junto con intervención en el estilo de vida, produjo una mejoría significativa en composición corporal y perfil metabólico, apoyando un abordaje integral, individualizado y sostenido tanto de la obesidad como de la enfermedad crónica.

El índice cintura-altura es un marcador sencillo y útil de riesgo cardiometabólico. Un valor =0,5 se asocia con mayor probabilidad de diabetes y enfermedad cardiovascular y necesidad de actuar cuanto antes.

## Bibliografía


- *Busetto, L., Dicker, D., Frühbeck, G. et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. Nat Med 30, 2395–2399 (2024).*


# 918/161. APARIENCIA INQUIETANTE, NATURALEZA BENIGNA


## Autores:

*Piñana Conesa, M.[1], Delgado Romero, B.[1], Jordan Carrillo, A.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia*


## Descripción del Caso

Mujer 36 años, etnia gitana, madre de dos hijos de 5 y 7 años. Consultó por haberse notado un bultoma en mama izquierda. Interrogando refirió haberlo notado hacia 5 años cuando lactó al menor de sus hijos.

## Exploración y pruebas complementarias

Realicé exploración de mama hipertrófica y palpé un nódulo de 5 centímetros en el cuadrante supero interno junto a la areola, bordes regulares levemente indurado y adherido. Axila ipsilateral sin anomalías.

Dado los años de evolución pedí una ecografía reglada y realicé una ecografía clínica en el centro dos días después corroborando masa heterogénea que captaba Doppler en la periferia de unos 5 centímetros.

En ecografía de mama reglada informaron de una masa bien delimitada, pseudoencapsulada, ovalada con orientación paralela a la piel, ecogenicidad heterogénea, con áreas hiperecogénicas e hipoecogénicas, refuerzo acústico posterior ausente. Lesión sólida benigna, compatible con hamartoma mamario (BI-RADS 2).

Se derivó a la unidad de mama e hicieron una PAAF ecoguiada con resultado: mezcla de células epiteliales ductales benignas sin atipia, fragmentos de tejido adiposo maduro, estroma fibroso con elementos mioepiteliales, sin necrosis ni mitosis anómalas. Citología benigna compatible con hamartoma

Citaron a la paciente para valoración quirúrgica y exéresis completa.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Nódulo a estudio

## Diagnóstico diferencial

Carcinoma mama o inflamatorio, linfoma mamario, fibroadenoma gigante, tumores filoides benigno o borderline, quiste mamario complejo o absceso.

## Comentario final

Un hamartoma es una lesión focal benigna constituida por una proliferación desorganizada de células y tejidos maduros, propios del órgano donde se localiza.

Considerada anomalía del desarrollo más que una neoplasia verdadera, ya que sus componentes histológicos son normales, pero dispuestos de forma aberrante.

Puede aparecer en pulmón, hígado, mama o sistema nervioso, crecimiento lento y comportamiento clínico benigno, puede generar síntomas compresivos

Ante una tumoración en la mama de consistencia dura y crecimiento rápido siempre hay que descarta malignidad, no era éste ya que había sido un crecimiento progresivo.

Debemos incentivar la autoexploración mamaria e insistir para consulten a su médico cualquier anomalía y desterrar prejuicios y miedos

## Bibliografía


- *Peralta G, Delgado JJ. Hamartoma gigante de mama. Rev Senol Patol Mamaria. 2024;37(3):100601.*
- *Palo S, Agrawal V. Giant myoid mammary hamartoma: a case report. J Cancer Res Ther. 2024;20(3):1103–1105.*

## 918/165. TOS CRÓNICA PERSISTENTE


### Autores:

*Fernández Ramos, P.[1], Delgado-Yumar Tudela, A.[2], Rodríguez Rodríguez, D.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Herradura. Almuñécar. Granada*


### Descripción del Caso

Mujer de 72 años. No fumadora. Antecedentes Personales: Osteoporosis. Desde 2013 tos irritativa que se ha ido cronificando, hasta hacerse persistente tras la pandemia de Covid. A veces se acompaña de disnea de moderados esfuerzos. Valorada desde 2015 por Otorrinolaringología, Digestivo y Neumología. Diagnosticada de faringitis crónica y goteo nasal posterior en tratamiento con pulverización nasal de furoato de fluticasona e hidratación faríngea; hernia hiatal, enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis A y gastritis en tratamiento con pantoprazol; asma bronquial y bronquiectasias en tratamiento con dipropionato de beclometasona/fumarato de formoterol dihidrato, montelukast y ebastina.

Dado el empeoramiento de la tos persistente, con episodios de agudizaciones más frecuentes e intensas, que llegan a ser bastante incapacitantes para la paciente, en primavera de 2025 decidimos abordar su esfera psicosocial. Durante la entrevista clínica detectamos cierto componente ansioso-depresivo asociado al fallecimiento de su madre y varios problemas familiares. Así que decidimos prescribir amitriptilina de 25mg. Cuando acudió a la revisión de los 2 meses la tos prácticamente había remitido.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: normal.

Análisis de sangre: Neumoalergenos negativos. Resto normal.

Espirometría con test broncodilatador: positivo.

Radiografía de tórax: posible bronquiectasias en lóbulo medio derecho, confirmadas con tomografía axial computerizada (TAC).

Fibrobroncoscopia: normal.

Tránsito esófagogastroduodenal: reflujo gastroesofágico leve-moderado.

Gastroscopia: hernia hiatal, esofagitis A, gastritis.

Ph-metría: normal.

Rinoscopia: normal.

TAC senos paranasales: normal.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Tos psicógena.

### Diagnóstico diferencial

Asma bronquial.

Bronquiectasias.

Enfermedad por reflujo.

Goteo nasal posterior.

Faringitis crónica atrófica.

### Comentario final

Este caso nos pone de manifiesto la importancia de realizar una buena anamnesis desde el comienzo de los síntomas integrando en ella el abordaje biopsicosocial de la paciente. Asimismo tenerlo en cuenta cuando la patología crónica ya diagnosticada y en tratamiento, empeora o es difícil de controlar. No debemos olvidar que la patología de salud mental también se puede manifestar como somatización, donde el mal estar psicológico ( estrés, ansiedad, trauma) se expresa a través de síntomas físicos.

### Bibliografía


- *Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JL, et al. Manual de diagnóstico y Terapeútica Médica, 7º ed.*
- *Haydour F, Alahdab P, Barrionuevo AE, et al. Newcombr Management and diagnosis of psychogenic cough, habit coughm and tic cough: A systematic reviem. Chest. 2014; 146*


## 918/167. CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICA ASOCIADA A ISGLT2: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.


### Autores:

*Redondo Salvador, M.[1], Morales Jimenez, M.[2], Navarro Gallardo, P.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés - Teatinos. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés - Teatinos. Málaga*

### Descripción del Caso

Varón de 59 años con diabetes mellitus tipo 2 de diez años de evolución, institucionalizado en residencia, en tratamiento con metformina y dapagliflozina, con hipertensión y dislipemia. Es remitido al centro de salud por dolor abdominal con hiperémesis de cuatro días, síndrome febril, tos productiva con ruidos de secreciones y deterioro del estado general. Refirió disminución marcada de la ingesta oral. La medicación era administrada en la residencia sin cambios recientes.

### Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial: 105/65 mmHg, Frecuencia cardiaca: 102 lpm, Temperatura: 37,8 °C.

Mucosas pálidas, respiración profunda, estertores bilaterales. Abdomen blando, doloroso difuso, sin signos de peritonismo.

Glucemia: 142 mg/dL; orina: cetonuria (+++).

Se derivó a Urgencias por sospecha de Cetoacidosis Euglucémica secundaria a iSGLT2. Gasometría: pH 7,26, HCO3? 14 mmol/L; cetonemia: 4,6 mmol/L; anión gap: 24 mmol/L; creatinina: 1,6 mg/dL; PCR: 68 mg/L; se inicia perfusión de insulina, fluidoterapia y antibioterapia, con mejoría de la cetosis.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Sospecha de cetoacidosis euglucémica secundaria a iSGLT2, con cuadro emético e infección respiratoria probable broncoaspirativa e insuficiencia renal aguda asociada.

Desencadenantes: vómitos, la infección respiratoria probable broncoaspirativa y la insuficiencia renal aguda.

### Diagnóstico diferencial

Cetoacidosis diabética, cetosis por ayuno, acidosis láctica por metformina, sepsis, insuficiencia renal aguda y cetoacidosis alcohólica.

La normoglucemia, cetonuria marcada y uso de iSGLT2 orientaron al diagnóstico final.

La cetoacidosis euglucémica es rara pero grave en pacientes tratados con inhibidores de SGLT2.

Ausencia de hiperglucemia marcada puede enmascarar acidosis grave.

### Comentario final

La cetoacidosis euglucémica es un desafío diagnóstico, ya que la ausencia de hiperglucemia marcada puede enmascarar acidosis grave. En Atención Primaria, glucemia de 142 mg/dL (<200) con cetonuria (+++) y síntomas digestivos o malestar general exige medición urgente de gasometría para confirmar acidosis. Una alta sospecha clínica es crucial, porque asumir que "glucosa normal descarta cetoacidosis" puede ser mortal. Tras el episodio, se sustituyó el iSGLT2 por sitagliptina (iDPP-4), priorizando seguridad en el paciente institucionalizado.

Destacar la necesidad de individualizar el tratamiento.

### Bibliografía


- *Meier M, Ansong B, Awobusuyi D, et al. Sodium-Glucose Co-Transporter-2 Inhibitor-Related Euglycemic Diabetic Ketoacidosis: A Case Series. J Pharm Pract. 2025;38(1):193-197.*
- *Lyu YS. A Novel Presentation of Euglycemic Diabetic Ketoacidosis Associated with SGLT2 Inhibitor and Weekly GLP-1 Agonist. Healthcare. 2025;13(17):2245*


## 918/168. ANOREXIA NERVIOSA: CUANDO SE LLEGA AL LÍMITE. IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

### Autores:

*Redondo Salvador, M.[1], Morales Jimenez, M.[2], Rodriguez Moreno, S.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés - Teatinos. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés - Teatinos. Málaga*

### Descripción del Caso

Paciente de 14 años AP: CIV perimembranosa (intervenida año 2011) acudió junto con su madre al centro de salud a una cita no demorable por la negativa a la ingesta por completo desde hacía 4- 5 días. Comentaba disminución de la ingesta voluntaria, conductas restrictivas predominantes aunque en el pasado habían ocurrido también purgativa en forma de vómitos.

Refería la madre sentirse muy desbordada con la situación y no saber como tratarla.

Se recomendó valoración Urgente por Endocrinología/ Medicina Interna por riesgo vital.

## Exploración y pruebas complementarias

Palidez mucocutánea. C,O y C. Glasgow 15.

TA: 100/67 mmHg, glucemia: 64 mg/dL, peso: 57 kg, talla: 1.68 cm.

Autolesiones en forma de cortes superficiales en antebrazo con carácter ansiolítico o autopunitivo.

EKG: Ritmo sinusal a 85 lat/min, sin signos de hipertrofia ni alteraciones de la repolarización, QT límite.

Analítica: Hb: 13.2g/dL, glucosa 60 mg/dL, Na: 140 mEq/l, k:3.81 mEq/l, Ca corregido: 9.4 mg/dL, Amilasa 46 U/L, Albumina: 4.69 g/L.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Adolescente con restricción alimentaria persistente, pérdida significativa de peso, miedo intenso a engordar y alteración de la imagen corporal, acompañada de signos de desnutrición y riesgo vital. Clínica compatible con anorexia nerviosa con compromiso nutricional grave, que requiere manejo urgente y seguimiento multidisciplinar.

## Diagnóstico diferencial

Anorexia nerviosa: restricción, bajo peso, miedo a engordar.

Bulimia nerviosa: atracones y conductas purgativas.

Depresión

Ansiedad

Hipertiroidismo

Enfermedad digestiva crónica (celiaquía, EII).

## Comentario final

La anorexia nerviosa es un problema cada vez más presente en nuestra sociedad, especialmente influido por las redes sociales, que promueven ideales irreales de belleza. Por ello, es fundamental educar, prevenir y acompañar desde edades tempranas, fomentando una autoestima sana y una relación positiva con el propio cuerpo.

La relación médico-paciente, basada en la confianza y la empatía, fue clave para que la adolescente aceptara acudir al hospital. Sentirse escuchada y comprendida permitió que entendiera la gravedad de su situación. A veces, una palabra sincera y un gesto de apoyo pueden marcar la diferencia.

## Bibliografía


- *Parpia R, Spettigue W, Norris ML. Approach to anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa in adolescents. Can Fam Physician. 2023;69(6):387-391. doi:10.46747/cfp.6906387.*
- *Soriano V, Ramos JM, Faraco M, et al. Hospitalizations in adolescents with anorexia nervosa in Spain over two decades. J Eat Disord. 2025;13:125. doi:10.1186/s40337-025-01322*


# 918/178. ABORDAJE DE UN DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE NUEVA


## Autores:

*Piñana Conesa, M.[1], Aparicio Egea, C.[1], Imbernón García, C.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia*


## Descripción del Caso

Mujer de 85 años hipertensa, diabética, dislipémica, cirrosis biliar primaria, nueva en mi cupo, que consultaba por dolor torácico opresivo en reposo en contexto de situación familiar estresante el día previo, de horas de duración y desde entonces sensación opresiva de menor intensidad, no cortejo, no disnea ni otros síntomas asociados.

## Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientada, normo coloreada, TA: 123/50, Saturación 97%. Rítmica, soplo sistólico, murmullo vesicular conservado sin crepitantes, no edemas en miembros inferiores.

Solicité electrocardiograma (ECG) urgente: ritmo sinusal a 60, eje normal, PR normal, QRS estrecho, ondas T negativas V2-V6, I y AVL que no estaban en ECG previos.

Realicé interconsulta no presencial a cardiología y la citaron de forma urgente e ingresó en Cardiología dos días después.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Angina de novo a estudio

## Diagnóstico diferencial

Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (IAMSEST), angina inestable, disección aórtica, embolismo pulmonar o reflujo gastroesofágico.

## Comentario final

Le hicieron analítica, troponinas negativas, ecocardiograma y finalmente intervencionismo coronario con lesión en la arteria descendente anterior (DA) media, se implantaron dos Stent sobre lesión distal y media.

Se hizo ecocardiogrma transtorácico de control y se objetivó fracción de eyección preservada, esclerosis aórtica con leve insuficiencia, esclerosis del anillo mitral sin signos de congestión ni derrame pericárdico.

Durante el proceso hizo un fracaso renal agudo por contraste que revirtió con sueroterapia y suspensión provisional de antagonista de receptor de angiotensina y glucosúrico

El diagnóstico definitivo fue SCASEST y enfermedad de un vaso, la DA media con dos lesiones.

Debemos tener en cuenta la presentación atípica en mujeres mayores con síntomas menos clásicos como dolor menos intenso o irradiación atípica. En un ECG la inversión de ondas T en cara inferolateral orienta a isquemia subepicárdica. Debemos tener en cuenta que los factores de riesgo cardiovascular y edad avanzada aumentan probabilidad de enfermedad coronaria.

## Bibliografía


- *Rubino F, et al. Older women with non ST elevation acute coronary syndrome undergoing invasive or conservative management: an individual patient data meta analysis. Eur Heart J Open. 2024;4(2):oead093. doi:10.1093/ehjopen/oead093.*
- *Jiménez Méndez C, Díez Villanueva P, Alfonso F. Non ST segment elevation myocardial infarction in the elderly. Rev Cardiovasc Med. 2021;22(3):779 786. doi:10.31083/j.rcm2203084.*


# 918/181. DEPENDENCIA A BENZODIAZEPINAS Y CHEMSEX: INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA


## Autores:

*Cuenca del Moral, R.[1], Byrne España, M.[2], Contreras Roca, M.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga*


## Descripción del Caso

Paciente varón de 43 años procedente de otra comunidad desplazado para periodo estival en tratamiento crónico con lorazepam 1 mg nocturno por insomnio que acude para renovación de prescripción. Se realiza intento de deprescripción mediante material educativo Benzostop. Al año, ingresa permanente en cupo por empleo estable y consulta por uretritis. En la anamnesis se identifican prácticas de riesgo: paciente HSH (hombre que tiene sexo con hombres) con múltiples parejas y relaciones sin protección. Se inicia tratamiento empírico, se solicita analítica con serología e ITS (infecciones de transmisión sexual). Se revisa calendario vacunal y se informa sobre PrEP (profilaxis preexposición). Tras cuatro meses consulta por insomnio refractario a lorazepam 2 mg prescrita en comunidad de origen.

## Exploración y pruebas complementarias

En la evaluación de ansiedad y depresión, la exploración física no objetiva síntomas psicopatológicos. Al investigar factores contextuales mediante entrevista motivacional no juzgadora, el paciente refiere participar en prácticas de chemsex los fines de semana con sesiones de dos a tres días consumiendo GHB (ácido gamma-hidroxibutírico), mefedrona, éxtasis/MDMA y poppers, asociadas a benzodiacepinas para el bajón post-sesión e insomnio. La analítica mostró Lues tratada y hepatitis B pasada, siendo el resto normal.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Se realizó abordaje estructurado de prácticas de riesgo: detección temprana mediante entrevista motivacional, educación sobre riesgos (sobredosis de GHB, interacciones farmacológicas, higiene del sueño), valoración de derivación a centro de adicciones si escalada del consumo, y seguimiento de PrEP y cribado de ITS. Juicio clínico: trastorno por uso de benzodiacepinas inducido por chemsex.

## Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial: insomnio primario, apnea del sueño, abuso de sustancias, causas orgánicas de insomnio.

## Comentario final

Importancia de incluir explícitamente la práctica del chemsex en la entrevista clínica de pacientes con conductas de riesgo. La entrevista motivacional desde Atención Primaria puede reducir hasta un 50 por ciento el consumo de sustancias, demostrando la relevancia del abordaje integral en este contexto.

## Bibliografía

- *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Chemsex and novel psychoactive substances. 2023.*
- *Ministerio de Sanidad. Guía Clínica Chemsex. Madrid: 2022.*


# 918/182. CADA ANTIBIÓTICO CUENTA: COLITIS GRAVE POR CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE EN UN ANCIANO FRÁGIL


## Autores:

*Mohamed Aisa, L.[1], Martín Escobar, E.[2], Benain Ávila, J.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro - San Lorenzo. Melilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro - San Lorenzo. Melilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro - San Lorenzo. Melilla*


## Descripción del Caso

Varón de 71 años en seguimiento en Atención Primaria (AP) por enfermedad de

Alzheimer en fase moderada, hipertensión arterial grado 2, fibrilación auricular

anticoagulada e insuficiencia cardiaca. En la última valoración integral presentaba

fragilidad moderada (Clinical Frailty Scale 6) e índice de Barthel de 55 puntos, con

dependencia moderada para actividades básicas. En los meses previos había recibido

varios ciclos antibióticos por infección del tracto urinario (ITU), diagnosticadas

fundamentalmente ante episodios de desorientación y deterioro funcional, sin clínica

miccional clara.

## Exploración y pruebas complementarias

Se realiza visita domiciliaria por diarrea acuosa de 5 días de evolución, con

empeoramiento del estado general, diuresis recortadas y menor ingesta, sin fiebre ni

dolor abdominal llamativo. A la exploración en domicilio impresiona de regular estado

general, algo decaído, mucosas secas, presión arterial 102/64 mmHg y abdomen

blando, depresible y no doloroso. Ante el antecedente reciente de antibioterapia

repetida se orienta como posible colitis asociada a antibióticos y se solicita analítica y

estudio microbiológico de heces desde AP, objetivándose PCR 7,20 mg/dl, creatinina

0,86 mg/dl, sodio 144 mmol/l, potasio 3,5 mmol/l y toxina positiva para Clostridioides

difficile( CD). En las horas posteriores presenta empeoramiento con hipotensión y

signos de hipoperfusión, por lo que se deriva a hospital, donde se confirma colitis

grave con shock séptico, evolucionando favorablemente tras tratamiento específico.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Colitis por CD favorecida por uso repetido de antibiótico en paciente anciano frágil

## Diagnóstico diferencial

Diarrea infecciosa comunitaria, colitis isquémica, reacción adversa farmacológica, ITU complicada.

## Comentario final

Este caso refleja una situación frecuente en la práctica diaria, atribuir el deterioro

funcional o el síndrome confusional del anciano a una ITU sin criterios clínicos

suficientes e iniciar antibioterapia de forma automática. La continuidad asistencial y la

valoración integral desde AP permiten contextualizar cada episodio y ponderar riesgos.

En el paciente frágil, cada antibiótico cuenta. Evitar tratamientos innecesarios es, en

muchos casos, la mejor estrategia preventiva frente a complicaciones graves como la

colitis por C. difficile.


## Bibliografía

- *Bausch K, Stangl FP, Prieto J, Bonkat G, Kranz J. Urinary infection management in frail or comorbid older individuals. Eur Urol Focus. 2024;10(5):7313.*

- *Hjelholt TJ, Lietzen LW, Kongensgaard R, Bech JK, Azuz S, Gregersen M, et al. Optimizing prevention of recurrent urinary tract infections in older patients with frailty. Drugs Aging. 2025;42(9):80720.*


## 918/184. LO QUE ESCONDE EL PRURITO


### Autores:

*Dionisio Flores, M.[1], Estrada Ayala, P.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montellano. Montellano. Sevilla*


### Descripción del Caso

Paciente varón de 54 años de edad, sin alergias conocidas, dislipémico en tratamiento con Rosuvastatina 10 mg, exfumador y bebedor de 2 cervezas diarias. Transfundido a los pocos meses de edad. No tatuado. Nunca usuario de drogas por vía parenteral. Consulta a su Médico de Familia por prurito cutáneo generalizado de dos semanas de evolución sin otra sintomatología. No lo relaciona con nada, es la primera vez que le pasa.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. A la exploración sin lesiones, se aprecia algo de sequedad cutánea, especialmente en miembros inferiores. Resto de exploración normal. Inicialmente no se solicitan pruebas complementarias, se indica crema hidratante, recomendaciones no farmacológicas y vigilar evolución.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Acude de nuevo a las dos semanas por persistencia de prurito, se le pauta Loratadina. Ante ausencia de mejoría, reacude de nuevo a Servicio de Urgencias y se pauta tratamiento para escabiosis (a pesar de no tener lesiones compatibles). Cuando acude por cuarta vez por el mismo motivo su Médico de Familia opta por solicitar analítica para iniciar estudio de urticaria en vistas a posible teleconsulta a Dermatología ante ausencia de mejoría. Dicha analítica no presenta hallazgos relevantes salvo Virus de Hepatitis C positivo con ARN 137000 y ligera elevación de bilirubina. El paciente niega ser conocedor de este hallazgo. A la exploración, en esta ocasión, se constata una leve ictericia. Su Médico se pone en contacto con el Servicio de a Aparato Digestivo, citan de manera preferente al paciente y se completan pruebas complementarias, se hace estudio de contactos y se pauta tratamiento. Con la normalización analítica va disminuyendo el prurito hasta la desaparición del mismo.

### Diagnóstico diferencial

Urticaria/prurito/Infección Hepatitis C

### Comentario final

El prurito es una manifestación frecuente en la Hepatitis C crónica. Puede estar provocado por la acumulación de sales biliares debido al daño hepático o por mecanismos inmunológicos directos del virus (liberación de citoquinas). Es importante prestar atención a los síntomas de nuestros pacientes y valorar pruebas complementarias cuando no mejoran tras medidas o tratamientos habituales.

### Bibliografía


- *A. Vidal Ruiz, T. Ojeda-Vila, D. Moreno-Ramírez, Prurito crónico de origen desconocido. Aproximación terapéutica, Actas Dermo-Sifiliográficas. 2025; 116 (10): 1108-1115.*


## 918/185. CUANDO EL RIÑÓN TAMBIÉN MEJORA EL CORAZÓN: BENEFICIO CARDIORRENAL DE EMPAGLIFLOZINA EN PACIENTE ANCIANA COMPLEJA.


### Autores:

*Varo Morilla, M.[1], Andrés Vera, J.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz*


### Descripción del Caso

Mujer de 86 años, con buena calidad de vida basal, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica (stent en DA en 2016), insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (FEp) y enfermedad renal crónica (ERC) estadio IIIB. Portadora de prótesis valvular aórtica percutánea implantada en 2024 por estenosis aórtica severa.

En los últimos meses presenta múltiples asistencias a urgencias hospitalarias por episodios de disnea secundaria a insuficiencia cardiaca congestiva. En el seguimiento en Atención Primaria muestra mejoría inicial de la disnea (NYHA II–III) tras reajuste de diuréticos, persistiendo limitación funcional y fatiga. Sin embargo, se objetiva deterioro progresivo de la función renal (creatinina 1,6 mg/dL; FGe 30 ml/min/1,73 $m^2$, previo 38 ml/min/1,73 $m^2$).

## Exploración y pruebas complementarias

Desde consulta se inició empagliflozina 10 mg/24 h, con monitorización estrecha clínica y analítica. A los 6–12 meses se evidenció estabilización de función renal (creatinina 1,3–1,4 mg/dL; FGe 36–38 ml/min/1,73 $m^2$), ausencia de episodios de urgencias por insuficiencia cardiaca, menor necesidad de intensificación diurética y mejoría funcional (NYHA I–II), con recuperación de autonomía en actividades básicas.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome cardiorrenal tipo 2 en paciente anciana con IC-FEp y ERC IIIB, con respuesta favorable a iSGLT2.

## Diagnóstico diferencial

- Progresión natural de ERC por nefroangioesclerosis.
- Nefropatía isquémica por bajo gasto.
- Deterioro renal inducido por diuréticos.
- Complicación estructural post-TAVI.

## Comentario final

Este caso evidencia cómo el seguimiento longitudinal en Atención Primaria permite identificar precozmente la progresión del síndrome cardiorrenal e implementar terapias modificadoras de pronóstico. La introducción de empagliflozina en una paciente octogenaria con ERC IIIB resultó segura y se asoció a estabilización renal, reducción de descompensaciones y mejora significativa de calidad de vida.

En un perfil clínico tradicionalmente considerado "frágil" para intensificación terapéutica, los iSGLT2 demuestran beneficio real y trasladable a práctica clínica, reforzando el papel estratégico de la Atención Primaria en el manejo integral cardiorrenal.

## Bibliografía


- *Anker SD et al. EMPEROR-Preserved. N Engl J Med. 2021.*
- *McDonagh TA et al. ESC Heart Failure Guidelines. 2021.*
- *KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for CKD.*


# 918/191. NO ES LO QUE PARECE.

## Autores:

*Serrano Moreno, M.[1], Moreno Velasco, M.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Sur. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba*

## Descripción del Caso

Varón de 58 años que acude a consulta de Atención Primaria (AP) refiriendo prurito corporal generalizado de meses de evolución. El paciente refiere que ya ha hecho tratamiento con varios antihistamínicos, sin mejoría. Cree que en su domicilio hay una plaga de insectos, que aparecen a través de las paredes y del suelo y que colonizan su cama, sus toallas, su ropa... Ha visitado zoólogoos y biólogos para consultar sobre su problema. Ha utilizado permectrina incluso en cuero cabelludo sin prescripción médica. Durante la exploración, cae una pelusa de su sudadera que identifica como un parásito. El paciente muestra actitud agresiva. Se deriva a Dermatología, descartando patología dermatológica, orientando diagnóstico hacia parasitosis delirante.

## Exploración y pruebas complementarias

No se identifican lesiones cutáneas. No excoriaciones por rascado. Analíticamente, parámetros en rango.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Prúrigo simple. Síndrome de Ekbom.

## Diagnóstico diferencial

Parasitosis, escabiosis.

## Comentario final

El síndrome de Ekbocm es un delirio basado en la firme creencia de estar infestado por algún tipo de organismo sin evidencia médica de los mismos (1). Su diagnóstico es de exclusión, descartando enfermedades orgánicas, y debemos de tener en cuenta que el delirio puede ser primario o secundario a tóxicos o a patología psiquiátrica o neurológica (2). Muchas veces estos pacientes no reconocen la enfermedad , lo que complica el inicio de tratamiento, ya que los antipsicóticos a dosis bajas constituyen el tratamiento de elección (1).

## Bibliografía


- *Levin EC, Gieler U. Delusions of Parasitosis. Semin Cutan Med Surg. 2013;32(2):73-7. doi:10.12788/j.sder.0004. PMID: 24049963.[7]*
- *Katamanin O, Jafferany M. Psychological Interventions in the Treatment of Delusional Parasitosis: A Brief Review. Int J Dermatol. 2024;63(5):580-584. doi:10.1111/ijd.16968. PMID: 38115719.*

## 918/195. MAS QUE UN DUELO


### Autores:

*Gamero de Luna, E.[1], Morales Fraile, I.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla*


### Descripción del Caso

Mujer de 58 años que manifestó encontrarse mal, sin definir el malestar. Solicitó de manera desordenada, analítica y derivaciones a diversas especialidades, saltando de una demanda a otra. Se la veía apenada y llorosa. A l reconducir la demanda, refirió que su marido falleció recientemente.

### Exploración y pruebas complementarias

Familia nuclear con adulto joven que transiciona a monoparental por viudez.

Durante los últimos 7 años se había dedicado al cuidado de su marido, que padecía una enfermedad crónica limitante y de la que falleció repentinamente durante su ausencia. Contaba que no solo era el dolor de la pérdida, sino el "no saber qué hacer "y tener que "batallar" con su hijo de 21 años que pugnaba con hacerse "cargo de la casa".

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Trastorno adaptativo por duelo con expresión de síntomas somatomorfos reactivos. Perdida del rol funcional. Disfunción de límites.

### Diagnóstico diferencial

La falta de anhedonia, la menor intensidad clínica y el tiempo evolutivo hacían menos probables el trastorno depresivo, el duelo prolongado, el trastorno de síntomas somáticos, de estrés postraumático o de ansiedad generalizada. No constaban datos de síndrome del cuidador.

### Comentario final

Se presenta una situación de disfunción familiar donde colisionan varias condiciones: la familia se encuentra en una fase de transición desde una familia nuclear a otra monoparental e inicio de disolución familiar. La pérdida del rol de cuidadora (vacío de rol) así como la desaparición del holón parental, facilita la desorganización jerárquica, la aparición de sintomatología adaptativa (en un intento de mantener la homeostasia familiar) y un desajuste en los límites y jerarquías; que pueden llevar a situaciones de inversión de roles, de vinculación fusionada y dificultades para la emancipación del hijo con dependencia emocional mutua.

La intervención del médico de familia en esta fase inicial debe orientarse a facilitar la elaboración del duelo, reducir el síntoma como elemento de homeostasis, prestar ayuda en la reestructuración del sistema familiar y redefinición de roles, prevenir la inversión jerárquica con el hijo, favoreciendo la diferenciación y su autonomía, evitando que adopte el rol de sustituto emocional.

### Bibliografía


- *Fingerman KL, Zhou Z, Gao S. Intergenerational ties in late life. Curr Opin Psychol. 2024;55:101743.*


## 918/199. RECORDATORIO PARA NO CAER EN LA RUTINA.


### Autores:

*Serrano Moreno, M.[1], Moreno Velasco, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Sur. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba*


### Descripción del Caso

Mujer de 45 años. Acude a la consulta de Atención Primaria (AP) por síncope de segundos de duración mientras caminaba. Además, comenta desde hace unas dos semanas sensación de mareo, debilidad y ahogo. Se solicita analítica sanguínea (AS) objetivándose días después hemoglobina (Hb) de 8,6g/dL, motivo por el cual se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración de transfusión. Desde allí, indicaron hierro oral por Hb de 9.5 g/dl. La paciente volvió a AP por persistencia de sintomatología, precisando baja laboral (IT). Comenta menstruaciones muy abundantes e incapacitantes, por lo que derivamos a Ginecología para evaluación, donde pautaron ácido tranexámico. Durante las revisiones de IT, la paciente continuaba muy sintomática, con dificultad a veces hasta para articular palabras y con disnea marcada. Finalmente, la derivamos a Medina Interna, donde le están continuando el estudio.

### Exploración y pruebas complementarias

AS 20/11/2025 consulta AP: Hb 8,6g/dL, volumen corpuscular medio (VCM) 63,8 fL, hierro 20µg/dL, ferritina 5.4ng/mL,. TSH en rango de normalidad.

AS 27/11/2025 Urgencias: Hb 9,5g/dL.

AS 12/12/2026: Hb 9,6g/dL, hierro 16µg/mL, ferritina 54ng/mL.

Radiografía tórax: Índice cardiotorácico normal. Senos costofrénicos sin ocupación ni derrame. No nódulos ni masas. No infiltrados ni condensaciones.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Anemia microcítica probablemente secundaria a pérdidas ginecológicas.

### Diagnóstico diferencial

Anemia por pérdidas ginecológicas, anemia secundaria a trastornos crónicos, anemia por pérdidas digestivas.

### Comentario final

Desde AP lidiamos a diario con pacientes con astenia, mareo o algún tipo de malestar. Manejamos la anemia frecuentemente, pero no siempre pensamos en ella ante un cuadro así, por lo que considero fundamental presentar un caso así orientado. La disnea está presente en alrededor de un tercio de pacientes con anemia (1). Sin embargo, los síncopes se consideran una manifestación rara de la anemia, un 0,3% de los pacientes la presentan (2). Creo que no debemos olvidar que las patologías cotidianas también se complican y que, síntomas que nos pueden hacer pensar en severidad, también esconden "patologías rutinarias".

### Bibliografía


- *Lopez A, Cacoub P, Macdougall IC, Peyrin-Biroulet L. Iron deficiency anaemia. Lancet. 2016;387(10021):907-16.*
- *Weckmann G, Kiel S, Chenot JF, Angelow A. Association of anemia with clinical symptoms commonly attributed to anemia-analysis of two population-based cohorts. J Clin Med. 2023;12(3):921.*


## 918/200. "NO OIGO, ME DUELE MUCHO Y AHORA NO PUEDO MOVER MEDIA CARA"


### Autores:

*López Chaves, D.[1], Garzón Aguilar, J.[1], Romero Lerma, Á.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhama de Granada. Alhama de Granada. Granada*


### Descripción del Caso

Varón de 59 años natural de Rumanía que acude por cuadro de otalgia izquierda de varios días de evolución y otorrea posterior, es valorado por otro médico que habla de "perforación timpánica" y pone tratamiento con amoxicilina 875/clavulánico 125mg e ibuprofeno.

Acude tres días después por persistencia del dolor, febrícula y sensación de mareo, reevaluándose y añadiéndose tratamiento con ciprofloxacino tópico por asociar semiología de otitis externa, con seguimiento estrecho.

Nuevamente acude dos días después por continuar con mucho dolor y despertarse durante la noche con sensación de parálisis de media cara...tras valoración y exploración exhaustiva ,se remite a urgencias hospitalarias , confirmándose diagnóstico con ingreso hospitalario.

### Exploración y pruebas complementarias

- * Otoscopia OI 09/02/26: hiperemia y abombamiento timpánico parte superior, perforación timpánica inferior, CAE hiperémico, trago positivo
- * Otoscopia OI 13/02/26: persiste hiperemia intensa timpánica y deslustrado, principalmente zona superior, trago positivo. Palpación mastoidea negativa.
- * Exp. neurológica: se constata parálisis VII par craneal periférica lado izquierdo, signo de Bell positivo. Resto exploración normal.
- * TC de cuello con contraste: hallazgos compatibles con otomastoiditis izquierda, con aparente dehiscencia de la porción timpánica del nervio facial

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Otomastoiditis izquierda con dehiscencia del nervio facial

### Diagnóstico diferencial

Otitis media aguda supurada, otitis externa maligna, parálisis de Bell, petrositis (síndrome de Gradenigo), accidente cerebrovascular (parálisis facial central).

### Comentario final

La otitis media aguda es un cuadro frecuente en las consulta de Atención Primaria, principalmente en edad pediátrica, de etiología vírica y resolviéndose hasta en un 25% de los casos sin necesidad de antibioterapia. En adultos suele tratarse con antibioterapia de amplio espectro, fundamentalmente con betalactámicos o quinolonas/macrólidos en alérgicos.

La no mejoría del cuadro en 48-72 horas tras el inicio del tratamiento antibiótico exige una revaloración del paciente, ya que puede tratarse una complicación como la parálisis del nervio facial (dehiscencia del conducto de Falopio a nivel del oido medio), laberintitis, meningitis o absceso cerebral.

### Bibliografía

Cervera J, Villafruela MA, Del Castillo F, Delgado Rubio A, Rodrigo C, De Liria G, et al. [National consensus on acute otitis media]. Acta Otorrinolaringol Esp. 2007;58(6):225-31. PubMed PMID: 17663941

## 918/204. CUANDO EL ASMA NO MEJORA: QUISTES PULMONARES COMO CLAVE DIAGNÓSTICA

### Autores:

*Zambrana Luque, J.[1], Moreno Márquez, M.[1], Farooq Rind, A.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Sur. Córdoba, (2) Enfermera. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba*

### Descripción del Caso

Mujer de 47 años, con diagnóstico de asma desde hace más de 10 años y fumadora de 5 paquetes/año. Refiere una disnea de y tos con expectoración blanquecina, pese a tratamiento escalonado hasta emplear corticoides inhalados a dosis altas junto con LABA y LAMA. Dada la persistencia de la clínica que afectaba a la calidad de vida, se realiza derivación a Neumología. Ante los hallazgos tomográficos de múltiples quistes pulmonares de pared fina, se realiza un enfoque sistemático que integra hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorio, concluyendo que nos encontramos ante un caso de linfangioleiomiomatosis.

### Exploración y pruebas complementarias

Radiografía de tórax: Aplanamiento diafragmáticos y horizontalización de costillas.

Espirometría: FVC 82%, FEv1 61%, FEv1/FVC 63%. FeNO 10 ppb

Analítica sanguínea: Hiperlipemia mixta, alfa-1 antitripsina normal, mutación gen FLCN negativo y VEGF- D > 800 pg/ml.

TAC de Tórax: Múltiples quistes pulmonares de pared fina y bien definida, de predominio en campos medios e inferiores del pulmón derecho, entre 1 y 2,5 cm de diámetro.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Linfangioleiomiomatosis

### Diagnóstico diferencial

Síndrome de Birt-Hogg-Dubé

Histiocitosis de células de Langerhans

Enfisema

Neumonía intersticial linfocítica

Neoplasia quística pulmonar

Linfangioleiomiomatosis

### Comentario final

Este caso subraya la importancia de reconsiderar el diagnóstico en pacientes asmáticos con mala evolución clínica, ya que enfermedades poco frecuentes pueden pasar inadvertidas si no se mantiene un alto índice de sospecha, acompañado de una historia clínica detallada acompañadas de un examen físico y pruebas complementarias pertinentes.

### Bibliografía

McCarthy C, Gupta N, Johnson SR, Yu JJ, McCormack FX. Lymphangioleiomyomatosis: Pathogenesis, Clinical Features, Diagnosis, and Management. The Lancet. Respiratory Medicine. 2021.

Tobino K, Hirai T, Johkoh T, et al. Differentiation Between Birt-Hogg-Dubé Syndrome and Lymphangioleiomyomatosis: Quantitative Analysis of Pulmonary Cysts on Computed Tomography of the Chest in 66 Females. European Journal of Radiology. 2012.

## 918/208. ECOGRAFIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES EN NÓDULO TIROIDEO DE NUEVA APARICIÓN.

### Autores:

*Linares Gonzalez, L.[1], Ruano García, J.[1], Fernández Bersabé, A.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Castro del Río. Córdoba*

## Descripción del Caso

Varón de 45 años. Antecedentes de hipertensión arterial, fumador (IPA 20 paquetes/año), Sin antecedentes de Diabetes ni de Dislipemia. Acude a consulta por aumento de tamaño de cuello de forma rápidamente progresiva en el último mes. Ha realizado tratamiento con Ibuprofeno 600mg cada 8 horas por cuadro catarral al que en un principio achacó los síntomas. Acude por escasa mejora y aumento de tamaño pese a tratamiento antiinflamatorio.

## Exploración y pruebas complementarias

En la exploración se aprecia aumento de tamaño en hemicuello izquierdo y derecho en menor medida, con masa palpable a nivel cervical. Dicha masa es de consistencia blanda y adherida a planos profundos con escasa movilidad.

Ante los hallazgos se realiza ecografía, observando un aumento difuso del tamaño de la glándula tiroides, con dos nódulos predominantes. El más llamativo, en lóbulo tiroideo izquierdo, mide aproximadamente 5cm de diámetro mayor con trabeculación de su interior y doppler positivo.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Masa cervical. Nódulo tiroideo a estudio.

## Diagnóstico diferencial

Carcinoma de Tiroides. Nódulo tiroideo en ecografía. La adhesión a planos profundos, irregularidad y tamaño del mismo obliga al descarte de malignidad.

Bocio multinodular. La presencia de dos nódulos puede sugerir esta patología. La irregularidad del predominante y rápido crecimiento van en contra de ella.

Metástasis tiroidea. Paciente fumador. A valorar presencia de posible tumor extratiroideo. Más frecuentemente a nivel renal.

Adenoma Folicular. Indistinguible del Carcinoma Folicular por Ecografía. Descartar en Anatomía patológica.

## Comentario final

Dados los hallazgos, se realizó derivación preferente a Endocrino para estudio de nódulo tiroideo, y se solicitó analítica sanguínea y ecografía reglada preferente para completar el estudio del mismo. Tras la realización de pruebas y valoración por endocrino se decidió punción del nódulo con envío de muestra a Anatomía Patológica para análisis histológico. Tras ello se llegó al diagnóstico de Carcinoma Folicular de Tiroides, instaurándose tratamiento con Tiroidectomía completa y ablación con radioyodo.

En este caso, la ecografía ayudó a un diagnóstico y tratamiento precoces evitando perjuicio mayor para el paciente, por ello y dada su acceisibilidad cada vez mayor, es una prueba fundamental en el día a día de Atención primaria.

## Bibliografía


- *UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [Citado 16 de Febrero de 2026]. Disponible en: https://Uptodate.com/contents/research.*


# 918/216. ¡ARRANCADME LA CABEZA, DIOS MÍO!


## Autores:

*Romero Lerma, Á.[1], López Chaves, D.[2], Garzón Aguilar, J.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Zafarraya. Zafarraya. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada*


## Descripción del Caso

Varón de 41 años, nuevo en cupo, con único antecedente de hipertensión arterial recientemente diagnosticada. Fumador activo de 80 paquetes/año. Sin analíticas ni pruebas de imagen previas registradas. Consulta por cefalea holocraneal continua de 3 semanas de evolución, de intensidad progresiva, que le despierta por la noche e interfiere con el descanso. Niega fiebre, focalidad neurológica o clínica respiratoria llamativa. Refractaria a indometacina 50 mg/8 h pautada en otro centro.

## Exploración y pruebas complementarias

TA 148/92 mmHg, FC 86 lpm, SatO2 96%. Buen estado general. Auscultación pulmonar con discreta disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho sin ruidos añadidos claros. Exploración neurológica sin focalidad.

Analítica: hemograma y bioquímica básicos normales; elevación de PCR (38 mg/L) y VSG (62 mm/h).

Radiografía de tórax: imagen de consolidación en hilio derecho, de bordes bien definidos.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Cefalea con signos de alarma (inicio reciente, carácter progresivo, despertar nocturno, refractariedad a AINE) en paciente gran fumador, junto a reactantes de

fase aguda elevados y hallazgo radiológico hiliar: alta sospecha de proceso neoplásico pulmonar con posible afectación secundaria (incluida hipertensión intracraneal por metástasis).

### Diagnóstico diferencial

- Cefalea secundaria a hipertensión arterial no controlada.
- Cefalea por abuso de analgésicos.
- Cefalea secundaria a proceso infeccioso pulmonar (neumonía atípica).
- Tumor pulmonar primario con metástasis cerebral.
- Vasculitis sistémica.

### Comentario final

En Atención Primaria, la identificación precoz de signos de alarma en cefalea es clave. En fumadores intensos, una radiografía de tórax ante síntomas sistémicos o datos analíticos inflamatorios puede ser decisiva. La sospecha diagnóstica temprana de patología oncológica potencialmente grave. El TAC de tórax ha demostrado reducir la mortalidad por cáncer de pulmón en pacientes de alto riesgo (fumadores actuales o exfumadores con antecedentes de 20-30 paquetes/año, entre 50-80 años)

### Bibliografía


- *National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Suspected cancer: recognition and referral. NICE guideline NG12. London: NICE; 2023.*
- *Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Normativa sobre diagnóstico y estadificación del cáncer de pulmón. Arch Bronconeumol. 2021;57(Supl 1):1-62.*


## 918/218. MIRAR MAS ALLÁ, SALVA VISTAS.

### Autores:

*Ríos Pérez, L.*[1]

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz*

### Descripción del Caso

Varón de 44 años, administrativo, sin hábitos tóxicos pero con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, sin diabetes ni otros antecedentes de interés que acude a consulta de atención primaria por visión borrosa intermitente en ojo derecho de 72 horas de evolución. Refiere además sensación de "mancha oscura" en el campo visual superior y cefalea leve ipsilateral. Niega dolor ocular, enrojecimiento, secreción o traumatismo. No otra sintomatología relevante.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general; consciente y orientado en las 3 esferas; bien hidratado y perfundido. Hemodinámicamente estable.

Exploración ojo derecho: no lesiones externas. Pupilas normorreactivas, campimetría por confrontación normal. Buena agudeza visual No ojo rojo.

Exploración ojo izquierdo: no lesiones externas. Pupilas normorreactivas, campimetría por confrontación normal. Disminución subjetiva de agudeza visual. No ojo rojo.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

OCLUSION DE RAMA DE ARTERIA RETINIANA SECUNDARIAS A PLACAS ATEROMATOSAS CAROTÍDEAS SIGNIFICATIVAS.

### Diagnóstico diferencial

Oclusión de la vena retiniana; Desprendimiento de retina; Neuropatía óptica isquémica anterior; Amaurosis fugax; Migraña con aura; AIT.

### Comentario final

Ante sospecha una patología neuro-oftalmológica o retiniana grave, se realizó derivación urgente hospitalaria para valoración oftalmológica. Donde se le realizó fondo de ojo, observándose hallazgos compatibles con oclusión de una rama de la arteria retiniana, secundaria a placas ateromatosas carotídeas significativas.

El paciente inicia tratamiento urgente y seguimiento multidisciplinar. Gracias a la rapidez diagnóstica, la afectación visual es parcialmente reversible, evitando una pérdida visual permanente.

La actuación del médico de atención primaria fue decisiva para el pronóstico visual del paciente. Este caso ejemplifica cómo, con recursos limitados pero con criterio clínico, el MAP puede convertirse en un auténtico "superhéroe" capaz de cambiar el curso de una enfermedad grave.

### Bibliografía


- *American Academy of Ophthalmology. Retinal and ophthalmic artery occlusions. Preferred Practice Pattern®. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2023.*

- *Sociedad Española de Oftalmología. Guías de práctica clínica en patología vascular retiniana. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología; 2020.*


## 918/219. PRURITO Y ERITEMA GENERALIZADO: RECUERDO DE LA SIFILIS SECUNDARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Pérez Castro, M.[1], Guevara García, M.[2], Pacheco García, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares D Arrayanes. Linares. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Baños de la Encina. Baños de la Encina. Jaén, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares D Arrayanes. Linares. Jaén*


### Descripción del Caso

Mujer de 34 años, sin antecedentes personales de interés salvo alergia a la penicilina, que acude a consulta por prurito generalizado y eritema en la piel de un par de días de evolución. La paciente negaba consumo de nuevos fármacos ni probables alimentos desencadenantes. Se trató inicialmente con antihistamínicos y con corticoterapia oral, que conseguía un control parcial de los síntomas. Dos semanas después se asocia al cuadro odinofagia, cefalea, astenia y una adenopatía laterocervical. En ese momento se preguntó a la paciente sobre relaciones sexuales en los últimos meses, negando exposiciones de riesgo. Posteriormente, se le ampliaron las pruebas serológicas, incluyendo pruebas treponémicas y realizándose posteriormente el diagnóstico de sifilis secundaria. Se procedió a informar a la paciente de forma adecuada, así como a sus contactos sexuales, y a iniciar tratamiento con doxaciclina, ante la alergia de la paciente a penicilinas. Finalmente se realizó un control serológico a los 3 meses, quedando la infección erradicada.

### Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física se observó un eritema difuso, en tronco y extremidades, así como una adenopatía submaxilar derecha. En una primera determinación analítica se descartó la mononucleosis infecciosa. Posteriormente se solicitaron las pruebas treponémicas , resultando ser positivas con titulación de pruebas reaginínicas en 1/64.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

A la luz del resultado de las pruebas complementarias, con una analítica previa en 2018 como control de su último embarazo con pruebas treponémicas negativas, así como con la clínica de la paciente, se realizó el diagnóstico de sifilis secundaria.

### Diagnóstico diferencial

En la primera aproximación diagnostica se realizó diagnóstico diferencial entre una posible ITS, monuncleosis infecciosa, e incluso a una manifestación dermatológica de una probable patología autoinmune (lupus eritematoso sistémico).

### Comentario final

A raíz de este caso clínico podemos decir que la sífilis, lejos de ser algo del pasado, debe de ser algo que el médico de atención primaria debe de tener en mente dentro del diagnostico diferencial.

### Bibliografía


- *García-Romero J, López-Velasco D. Manifestaciones cutáneas de la sífilis secundaria: una revisión. Revista Iberoamericana de Enfermedades Infecciosas. 2020;19(3):132-138.*
- *Fernández-Sánchez A, Martínez-Cáceres L, eds. Enfermedades infecciosas en atención primaria. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019.*


## 918/227. DETERIORO FUNCIONAL TRAS INICIO DE ANTICOAGULACIÓN COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE INFECCIÓN GRAVE EN ANCIANO


### Autores:

*Mustafa Abdelkader, J.[1], Mohamed Aisa, L.[2], Martín Hurtado, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Este - Polavieja. Melilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro - San Lorenzo. Melilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Este - Polavieja. Melilla*


### Descripción del Caso

Mujer de 91 años, previamente independiente para actividades básicas pese a su edad, con hipertensión arterial (HTA) y fibrilación auricular de reciente diagnóstico, atendida habitualmente en atención primaria (AP), que consulta en el centro de salud por astenia progresiva, disminución de ingesta, desorientación leve y episodios de inestabilidad con caídas sin traumatismo, sin fiebre

ni clínica respiratoria o urinaria evidente. Se inició recientemente anticoagulación.

Inicialmente se sospechaba posible efecto adverso farmacológico dado la relación temporal. Además, se realiza revisión terapéutica, recomendaciones de hidratación y seguimiento ambulatorio estrecho. En reevaluación posterior se objetiva empeoramiento respecto a su situación basal, mayor debilidad, persistencia del síndrome confusional y deterioro funcional progresivo, lo que motiva la solicitud de analítica sanguínea y radiografía de tórax.

### Exploración y pruebas complementarias

En AP destacaban constantes hemodinámicas estables, auscultación cardiopulmonar sin hallazgos concluyentes y ausencia de focalidad neurológica, siendo determinante el conocimiento previo de la paciente y la evolución clínica; posteriormente se objetivaron elevación de reactantes inflamatorios, insuficiencia renal aguda, cultivo urinario positivo para escherichia coli e infiltrado pulmonar derecho radiológico compatibles con infección urinaria y neumonía comunitaria concomitante con repercusión sistémica por lo que se decidió derivación a urgencias.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Cuadro séptico de probable doble foco urinario y respiratorio con presentación inicial inespecífica

### Diagnóstico diferencial

Efectos adversos tras anticoagulación reciente, deterioro funcional asociado a fragilidad, infección urinaria aislada o neumonía paucisintomática.

### Comentario final

Este caso resalta la importancia de no atribuir de forma automática el deterioro clínico del anciano a cambios farmacológicos recientes, especialmente cuando existe modificación funcional respecto a su situación basal. Es fundamental la valoración longitudinal, la reevaluación ambulatoria y la identificación de signos de alarma como deterioro funcional progresivo, disminución de ingesta, confusión persistente o caídas, que deben hacer sospechar infección sistémica incluso en ausencia de fiebre o focalidad, permitiendo un manejo ambulatorio inicial con vigilancia estrecha pero indicando derivación hospitalaria ante mala evolución o sospecha de sepsis.

### Bibliografía


- *Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, Colgan R, DeMuri GP, Drekonja D, et al. Clinical practice guideline for the management of asymptomatic bacteriuria. Clin Infect Dis. 2019;68(10):e83-110.*
- *Wayland J, Cabrera Lozada C, et al. Sepsis en 2024: una revisión. Med Intensiva. 2024;48(6):e1-e10.*


## 918/228. ECOGRAFÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO CLAVE DIAGNÓSTICA DE UNA MASA CERVICAL ATÍPICA: SÍNDROME DE EAGLE


### Autores:

*Girón Prieto, M.[1], Garzón Aguilar, J.[1], Asensio Martín, A.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada*


### Descripción del Caso

Mujer de 53 años con antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con buen control que consulta por dolor cervical anterior intermitente de cuatro meses de evolución. En las últimas semanas presenta dolor localizado en región submandibular derecha, leve disfagia y sensación de masa palpable.

### Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se objetiva sensibilidad localizada sin adenopatías ni signos inflamatorios. La ecografía clínica en Atención Primaria permitió descartar patología tiroidea y adenopatías, orientando hacia una estructura calcificada no habitual. La ecografía reglada confirma una imagen cálcica en probable relación con el hueso hioides. El TAC cervical muestra osificación de los ligamentos estilohioideos compatible con síndrome de Eagle, sin otras alteraciones. Tras valoración por Otorrinolaringología, se decide manejo conservador y seguimiento clínico

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome de Eagle (osificación del complejo estilohioideo)

### Diagnóstico diferencial

Adenopatía cervical, patología tiroidea nodular, sialolitiasis o sialoadenitis, neuralgia del glosofaríngeo y trastornos temporomandibulares.

### Comentario final

El síndrome de Eagle debe considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor cervical o submandibular per-

sistente con exploración normal. La ecografía clínica en Atención Primaria permite orientar el diagnóstico de causas infrecuentes de masa cervical, reducir demoras diagnósticas y optimizar la derivación.

### Bibliografía


- *González-García N, Porta-Etessam J, García-Azorín D. Eagle syndrome: toward a clinical delimitation. Neurologia (Engl Ed). 2021;36(6):412-7.*
- *Galletta K, Siniscalchi EN, Cicciù M, Velo M, Granata F, et al. Eagle syndrome: a wide spectrum of clinical and neuroradiological findings. J Craniofac Surg. 2019;30(5):e424-8.*


## 918/229. LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Autores:

*Martínez del Marmol Martínez, A.[1], Romera Vílchez, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada*

### Descripción del Caso

Mujer de 30 años sin antecedentes médicos de interés, que consulta por dolores intermitentes que comienzan en la región de fosa renal derecha y se irradian hacia la ingle. Refiere que cada vez son más frecuentes. Afebril.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afebril, consciente y orientada en las 3 esferas, colaboradora.

Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Puño percusión negativa bilateral.

Coombur test: hematies ++, nitritos y leucocitos negativos

Realizamos una ecografía en la consulta, donde se observan múltiples litiasis renales en ambos riñones, más en riñón derecho donde podemos medir alguna de 4-5mm.

Se realiza interconsulta con urología con dichas imágenes, quienes citan directamente en la consulta con UroTC y análisis completo para estudio de esas litiasis

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Litiasis renales

### Diagnóstico diferencial

Cólicos renales por litiasis/ tumor renal

### Comentario final

Gracias a la accesibilidad de la ecografía en primaria esta paciente pudo agilizar las pruebas para su diagnóstico y posterior tratamiento especializado.

Es una herramienta más y muy útil en la consulta de atención primaria

### Bibliografía


- *Berchíd Débdi MS. Ecografía renal en atención primaria. Med fam Andal. 2019;20(1):55-70.*
- *Susaeta R, Benavente D, Marchant F, Gana R. Diagnóstico y manejo de litiasis renales en adultos y niños. Rev Med Clin Las Condes. 2018;29(2):197-212. doi:10.1016/j.rmclc.2018.03.002.*


## 918/231. SÍNDROME DE NEUROTOXICIDAD IRREVERSIBLE SECUNDARIA A LITIO (SILENT)

### Autores:

*Rey Merchán, M.[1], González Puga, J.[2], Krivocheya Montero, J.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Norte - Cabrerizas. Melilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Norte - Cabrerizas. Melilla*

### Descripción del Caso

Mujer de 69 años, NAMC, Trastorno bipolar, IQ hernia inguinal derecha, Tratamiento: trazodona 100 mg, lamotrigina 200 mg, lormetazepam 2mg, uso de litio durante 10 años. Presenta desde hace meses, alteración en la voz y de la marcha.

### Exploración y pruebas complementarias

De la exploración destaca voz nasal, afonía, dislalia y disartria periférica, no diplopia, ni ptosis palpebral, sin alteración de movimientos oculares. En cuanto a la marcha presenta ataxia y bradicinesia, con piramidalismo de predominio de hemicuerpo izquierdo y temblor mixto.

ACP rítmica sin soplos con mvc sin ruidos patológicos.

Abdomen globuloso, blando, depresible, sin masas ni megalias, con peristaltismo conservado, sin peritonismo.

Análisis sanguíneo con bioquímica, hemograma, sin hallazgos patológicos de interés. Litio normal. Ac antirreceptor de acetilcolina, anti-Musk, anticanal de calcio negativos.

Se deriva a Otorrinolaringología, descartándose patología, y a Neurología, destacando:

- EMG-ENG y biopsia muscular normales.
- Estudio LCR sin alteraciones.
- Genética molecular de patología mitocondrial: sin alteraciones.
- RMN cráneo normal.
- PET cerebral: hipometabolismo de baja expresividad a nivel frontal bilateral y núcleos caudados, parcialmente atribuibles a efecto farmacológico. Sin evidencias metabólicas de patología neurodegenerativa en el momento actual.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome neurotóxico irreversible secundario al litio.

## Diagnóstico diferencial

Esclerosis lateral amiotrófica

Miastenia gravis.

Síndrome miasténico de Lambert-Eaton.

Enfermedad de Parkinson. Parálisis supranuclear progresiva.

Degeneración cerebelosa paraneoplásica.

Enfermedad mitocondrial.

## Comentario final

El SILENT debe considerarse ante síntomas cerebelosos y extrapiramidales persistentes en pacientes con exposición prolongada a litio. Puede presentarse con niveles séricos terapéuticos. En torno al 6-11 % de pacientes con intoxicación grave por litio podrían evolucionar con secuelas persistentes que cumplen criterios de SILENT. Es un diagnóstico de exclusión. La detección precoz y retirada del fármaco son fundamentales. Se requiere mayor evidencia para establecer factores predictivos y estrategias preventivas.

## Bibliografía


- *Konieczny K, Detraux J, Bouckaert F. The syndrome of irreversible lithium-effectuated neurotoxicity: A scoping review. Alpha Psychiatry. 2024;25(2):190-205. doi:10.5152/alphapsychiatry.2024.231460.*
- *Verdoux H, et al. Syndrome of irreversible lithium-effectuated neurotoxicity: a review. Eur Psychiatry. 2025;68(S1):S375-S376*


# 918/235. UNA ANATOMÍA CON CARACTER


## Autores:

*Estrada Ayala, P.[1], Dionisio Flores, M.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montellano. Montellano. Sevilla*


## Descripción del Caso

Mujer 24 años estudiante de Bellas Artes con AP de Trastorno obsesivo Compulsivo (TOC) y Trastorno Espectro Autista (TEA) en seguimiento por Salud Mental.No AF Muertes súbitas.Reacude tras 2 consultas por mismo motivo en los últimos 12 meses.Sensación de dolor en parrilla costal izquierdo supero-anterior(zona pectoral izquierda)que irradia con los movimientos al brazo y cuello, sin dolor opresivo.A veces con los esfuerzos y otras en reposo. Comenta disnea a moderados esfuerzos sin sibilantes audibles(al subir escaleras o al andar),en aumento desde hace un año.No traumatismos.

## Exploración y pruebas complementarias

Palpación dolor en espacios intercostales de la región precordial.

Contantes y auscultación normal

Radiografía tórax normal,con escoliosis dorsolumbar derecha D8-L4 de 30º

Electrocardiograma normal

Analítica:hemograma,bioquímica,tiroides,Pro-BNP,orina,alergias y alfa1antitriptisina normal.ANA negativo

Espirometría:Patrón restrictivo.Cociente normal 90.31 con FVC 69% y FEV1 75% disminuidos.Broncodilatación negativa

Con los resultados se decide derivar a Medicina Física y Rehabilitación y Neumología para valoración,que tras ampliar estudio con TAC normal y repetición de pruebas complementarias se pauta fisioterapia respiratoria y Método Schroth(método conservador más utilizado dirigido a la derotación,elongación y estabilización de la columna),a la espera de evolución

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Disnea origen respiratorio con patrón restrictivo en relación con escoliosis toracolumbar moderada

## Diagnóstico diferencial

Dolor torácico atípico,Dolor costal mecánico.

## Comentario final

La escoliosis no es únicamente una alteración estética o estructural de la columna vertebral;en sus formas avanzadas puede convertirse en una verdadera patología funcional con impacto directo sobre la función pulmonar,condicionando restricción,aumento del trabajo respiratorio e incluso,en casos muy avanzados,insuficiencia respiratoria.

La evaluación integral de los síntomas guía es crucial para realizar un diagnóstico precoz y un manejo completo que permita mejorar la calidad de vida de estos pacientes.Si desde atención primaria,primer contacto de los pacientes con nuestra sanidad pública, no conseguimos detectar con rapidez este tipo de cuadros, alargaremos el proceso y restaremos capacidad de mejora a estos casos tan complejos.

Por otro lado,me gustaría comentar la dificultad en este tipo de casos que, sin darnos cuenta,añaden nuestros prejuicios con pacientes que tienen un diagnóstico de Salud Mental.Descartar toda organicidad posible sin dejarse llevar por estos pensamientos intrusivos no es tan sencillo.

## Bibliografía


- *Sharma A,Koirala R.Kyphoscoliosis.[Updated 2025 Jul 6].In:StatPearls [Internet].Treasure Island(FL):StatPearls Publishing;2025.*
- *Assessment of Pulmonary Function After Treatment of Scoliosis.Journal of Personalized Medicine.2025 Jun 23;15(7):1127.*


# 918/236. DOCTOR, ESTE DOLOR ES DISTINTO

## Autores:

*Garzón Aguilar, J.[1], López Chaves, D.[1], Girón Prieto, M.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada*

## Descripción del Caso

Paciente de 54 años con antecedentes destacables de migraña y síndrome ansioso depresivo, en tratamiento habitual con desvenlafaxina 150 miligramos (mg) y mirtazapina 30 mg.

Consulta por cuadro de lumbalgia de dos meses de evolución, irradiado a región glútea derecha.

No caída ni contusión, tampoco esfuerzos llamativos.

Control adecuado de esfínteres. No disminución de peso

Consulta en varias ocasiones en Atención Primaria, valorada por distintos médicos y solicitando la baja laboral durante cortos periodos de tiempo.

El dolor aumentó progresivamente en intensidad, con alivio inicial con fisioterapia y analgésicos de primer escalón hasta precisar tramadol de 75 mg cada 12 horas y pautas cortas de corticoides orales.

Al cuadro se sumó dolor en región dorsal intenso junto con parestesias e irradiación a miembro inferior derecho (MID) con dificultad para la movilización. No mejoraba con el reposo y le impedía dormir.

Derivamos de nuevo a urgencias hospitalarias, donde finalmente se solicita TAC, donde se evidencian, entre otros hallazgos, un patrón óseo infiltrativo con lesiones líticas generalizado.

## Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable

No apofisalgia

Dolor intenso a la palpación de musculatura dorsolumbar

No inestabilidad de caderas

Signos de Lasegue y bragard dudosamente positivo MID. Negativo en izquierdo

Reflejos osteotendinosos conservados

- Analítica. Hemograma: Hemoglobina 10.1, VCM 91.4. Función renal conservada. Proteinograma: Inmunoglobulina (Ig) tipo G 4859. Beta 2 microglobulina 2.95
- Cadenas ligeras kappa 112.51.
- Radiografía (Rx) lumbar: osteofitos, disminución leve–moderada de espacio L5-S1
- Rx dorsal: osteofitos, dudosa pérdida de altura en cuerpo de T4
- Body TAC: Patrón óseo infiltrativo moteado con lesiones líticas generalizado. Lesión L4 osteolítica, en 3º costilla derecha. Lesión en muro posterior de D4
- Punción médula ósea: 22% de células plasmáticas

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Mieloma múltiple

### Diagnóstico diferencial

Metástasis ósea. Espondilitis anquilosante

### Comentario final

La lumbalgia es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Atención Primaria y de causa de incapacidad laboral en nuestro medio, por lo que es fundamental una anamnesis y exploración correcta que permita reconocer signos de alarma de posibles causas secundarias que precisen un abordaje y tratamiento precoz.

### Bibliografía


- *Rajkumar SV, Dimopoulos MA, et al. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. Lancet Oncol 2014*
- *Kariyawasan CC, Jayatillake MM. Multiple myeloma: causes and consequences of delay in diagnosis. QJM 2007; 100:635.*


## 918/238. ENTRE BRONQUITIS Y ALGO MÁS: CUANDO LA TOS NO ES SOLO TOS


### Autores:

*Jiménez Guerrero, M.[1], Cerezo Sánchez, P.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Zafarraya. Zafarraya. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhama de Granada. Alhama de Granada. Granada*


### Descripción del Caso

Varón de 69 años, EPOC GOLD C fenotipo agudizador con bronquitis crónica, cor pulmonare crónico, HTP moderada, SHAS grave asociado, Obesidad, fumador activo con oxigenoterapia a domicilio 16h/día. Comienza con disnea progresiva y de-saturaciones, siendo catalogado como agudización de su enfermedad de base. Pese a ajuste de tratamiento, el paciente persiste con disnea de mínimos esfuerzos, expectoración marronácea, opresión torácica, edemas de EEII y tos persistente.

### Exploración y pruebas complementarias

REG. Taquipneico en reposo. SpO2 96%VMK 35% // FC 107 lpm // TA 127/68 mmHg. - ACR: Rítmico sin soplos. Hipofonesis izquierda con roncus en hemitórax derecho. Derivación al hospital para estudio. Se realiza TC con contraste i.v: no se observan signos de tromboembolismo pulmonar agudo. Área de consolidación en segmento posterior del LSD sugerente de neumonía. Adenopatías mediastinicas e hiliares derechas asociadas. Ingresa con JC neumonía. Mala evolución. Broncoscopia: infiltración mucosa grado III en rama subsementaria de B3 derecho. Se toman biopsias. Mala evolución, infiltrado de muy lenta resolución. Se solicita PET-TAC. Analítica: procalcitonina aumentada con PCR normal sin signos de infección. Resto sin hallazgos significativos. Biopsia bronquial: carcinoma de célula pequeña con focos de necrosis. Ki67 positivo 80%. PET-TC: consolidación pulmonar derecha en relación con proceso neoplásico, con extensión ganglionar hiliar, mediastínica y supraclavicular. T2a N3 M0 Estadio IIIB.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN ESTADIO IIIB (9ª edición AJOCC, 2024).

### Diagnóstico diferencial

Tuberculosis pulmonar. Granulomatosis con poliangeítis. Metástasis.

### Comentario final

El paciente se traslada a la unidad de oncología médica. Se decide comenzar con QT dado el estado tan avanzado de la enfermedad. Se realiza RMN de cráneo: lesiones milimetricas puntiformes hipercaptantes en tronco y cerebelo, sospechosas de corresponder a origen metastásico. Tras finalizar QT se inicia RT sobre adenopatías y posteriormente, RT holocraneal.

### Bibliografía


- *Director de fotografía Weller, Peake MD, Field JK. Presentación del cáncer de pulmón en atención primaria. NPJ Prim Care Respir Med. 22 de mayo de 2019; 29(1):21. doi: 10.1038/s41533-019-0133-y. PMID: 31118415; PMCID: PMC6531460.*
- *Venning B, Lei S, Pearce A, Lee A, Emery JD. Diagnostic testing patterns for lung cancer-related symptoms in primary care: a retrospective cohort study. BMJ Open Respir Res. 2025 Dec 2;12(1):e003337. doi: 10.1136/bmjresp-2025-003337. PMID: 41338595; PMCID: PMC12673540.*


## 918/239. DOLOR TORÁCICO A ESTUDIO


### Autores:

*Pérez Puertas, G.[1], Rodríguez Soler, R.[1], Martín Benítez, J.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Médico Desempleado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alhendín. Alhendín. Granada, (2) Enfermero. Consultorio Local Alhendín. Alhendín. Granada*

## Descripción del Caso

Paciente de 50 años de edad con AP de Hipertensión Arterial diagnosticada a los 39 años de edad y controlada con triple terapia.

2. Dislipemia

3. Diabetes Mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico.

4. Hábitos Tóxicos : fumadora de 20 cigarrillos/dia.

Tratamiento actual :

Rosuvastatina 20 mg , olmesartan40 mg/ hidroclorotiazida 25 mg , diltiazem 120 mg y sitagliptina 50 mg / metformina 1 gr

Acude a consulta porque lleva varios días más nerviosa y con sensación de opresión /dolor centro torácico tipo nudo de inicio en reposo , se nota más inquieta , no cortejo vegetativo , no disnea ,no palpitaciones ni sincope .

Refiere mayor intensidad durante 15 minutos .

Tiene ahora más estrés en relación a su trabajo .

Acude a consulta y refiere que lleva varios días

## Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general .

Eupneica en reposo ( 98% sat 02).

TA 116/80 mmHg

ACP: rítmica no soplos, mvc sin ruidos patológicos.

ECG : rs a 75 lpm , QRS estrecho , eje normal , PR normal aplanamiento de onda T en V4-V6

ECG ( hospital ) : rs a 80 Lpm , QRS estrecho , inversión de onda T en DI-II ,aVL -aVF y V4-V6

RX tórax :Indice cardiotoracico normal, sin congestión perihiliar , no derrame pleural

Analítica : troponina 859

Coronariografia :sin alteraciones

Eco- transtoracica : sin alteraciones

Ventriculografia :compatible con síndrome de Takotsubo

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Cardiopatía Isquémica

Miocardiopatia de estrés o síndrome de Takotsubo

## Diagnóstico diferencial

Síndrome Coronario Agudo

Miocarditis Aguda

## Comentario final

La miocardiopatia de estrés (también llamada síndrome de Takotsubo ) es una disfunción ventricular izquierda aguda y reversible habitualmente desencadenada por estrés emocional o físico intenso que imita un SCA pero sin obstrucción coronaria significativa .

Predomina en mujeres posmenopáusicas y relacionada con exceso de cate o láminas

## Bibliografía


- *Takotsubo cardiomyopathy :A comprehensiva review (world Journal of cardiólogy ,2022 )*
- *Reillo Sanchez C.M.*
- *Síndrome de Takotsubo .*
- *Revista Clínica . 2024*


# 918/240. NO ME TENIA QUE HABER CORTADO EL PELO


## Autores:

*Casanova Álvarez, D.[1], Ayala González, L.[2], Cambón Gándara, E.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Monda. Monda. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camariñas. Camariñas. La Coruña*


## Descripción del Caso

Paciente varón de 41 años sin antecedentes de interés, no fumador, no hábitos tóxicos. Acude a servicio de urgencias de Atención Primaria con importante cefalea frontal, pérdida de visión de ojo izquierdo y debilidad de todo el ramo derecho, tras acudir a peluquería.

## Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiaca normal, rítmico.

Vía aérea permeable, ventilación espontanea, sin disnea, sin cianosis central, sin desviación traqueal, sin estridor, sin tiraje. Eupneico, con movilidad torácica normal. Auscultación respiratoria normal.

Piel normal, temperatura normal, hidratación normal, color normal. No se aprecia ingurgitación yugular.

Consciente orientado. Sin inconsciencia previa ni amnesia del episodio. Pupila derecha e izquierda de tamaño normal y reactiva. Glasgow 13/15 a su llegada. Perdida de fuerza 3/5 en miembros derechos con respecto a miembros izquierdos. Desviación de comisura bucal. Pérdida de visión en ojo izquierdo. Disartria.

- Escala GADDS 4.
- Escala Rankin: 0
- Escala Cincinnati: caída facial anormal, brazo derecho anormal, alteración del habla anormal
- NIHSS reducida 4
- Electrocardiograma: Sinusal, frecuencia de 70 latidos por minuto, eje normal, sin alteraciones

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Accidente cerebrovascular Vs disección vascular

### Diagnóstico diferencial

Accidente cerebrovascular, Disección vascular, Cefalea

### Comentario final

Es importante no menospreciar los síntomas y signos de nuestros pacientes a la llegada a un servicio de urgencias, así como nos menospreciar patologías por el mero hecho de una edad. Debemos ser conscientes que patologías tiempo dependientes pueden ocurrir en cualquier momento y debemos saber actuar ante ellas.

### Bibliografía


- *Asistencial P, Profesionales I, Aten C, Procesos P. Proceso Asistencial Integrado [Internet]. Juntadeandalucia.es. [citado 2026 Feb 17]. Disponible: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1957075765_pai_ictus_abril_2015.pdf*


## 918/247. PANCREATITIS POR USO DE ISGLT2: REPORTE DE CASO


### Autores:

*Castillo Mendoza, Y.[1], Pozo Gil, L.[1], Solís Montaño, A.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz*


### Descripción del Caso

Hombre de 71 años, No RAMc y con AP de HTA, Cardiopatía isquémico-hipertensiva, insuficiencia renal crónica global, Cor pulmonale, HTP cronica, DM2. Utiliza Oxigeno domiciliario y CPAP nocturno. Cirugías: prótesis de rodilla derecha. En tratamiento crónico con espironolactona 100mg , furosemida 40mg , Aspirina 100mg, Bisoprolol, Enalapril 20 mg y Empaglifozina-10mg. Acudió a urgencias por presentar dolor continuo en hipocondrio derecho que se irradia a resto de abdomen en cinturón, con cortejo vegetativo, temperatura no termometrada. Niega transgresión dietética. Nos comenta que tiene 3 meses utilizando un nuevo medicamento para la Diabetes.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneico en reposo. Leve palidez mucocutánea. ACP: rítmico y sin soplos con murmullo vesicular conservado. Puño percusión renal bilateral negativa. Abdomen blando, globuloso y doloroso en hipocondrio derecho. Temp: 36 C, FC: 100 lpm, PA: 180/80 mmHg, Sat 02: 98%. No masas ni megalias, ni signos de peritonismo, no timpanismos. Blumberg y Murphy negativos.

Rx tórax y Abdomen: sin hallazgos patológicos. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Bioquímica: Glucosa 106 mg/dl. Amilasa 350UL y resto de iones y bilirrubina dentro de la normalidad. PCR 30.3. Orina: Amilasuria: 820 U/L. Hemograma: Hb 14 d/dL. Leucocitos 12.00 (PMN 93.2%, Linfocitos 3.6 %) Plaquetas 213. coagulación: TP: 10.9 seg. fibrinógeno 658.

Eco abdominal: CONCLUSION: pancreatitis aguda.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Pancreatitis por uso de ISGLT2

### Diagnóstico diferencial

Colecistitis aguda, Peritonitis, Gastroenteritis, IAM.

### Comentario final

La pancreatitis por ISGLT2 es posible, pero rara. Suele suceder durante los primeros 6 meses de tratamiento y el riesgo incrementa significativamente cuando se utiliza en conjunto con medicamentos como los DPP-4, GLP-1 o IECAS. Debe suspenderse inmediatamente el uso tras confirmar pancreatitis y no encontrar otra causa aparente.

### Bibliografía


- *Esteban-Jiménez O, Navarro-Pemán C, Urieta-González L. Seguridad de los iSGLT-2. Revisión de las reacciones adversas notificadas a nivel nacional. Med Fam SEMERGEN. 2018;44(1):23-29.*

- *Cortés-González A, Bernad-Cabredo B. Acute pancreatitis secondary to SGLT2i – An increasingly common problem. Rev Esp Enferm Dig. 2024.*
- *ANM (comp.). Inhibidores de SGLT2: el nuevo estándar de atención para la protección cardiovascular, renal y metabólica en la diabetes tipo 2: una revisión narrativa. Diabetes Ther (versión reseñada en español). 2024*


## 918/250. FIEBRE PERSISTENTE Y PERICARDITIS COMO DEBUT DE UN SINDROME TRAPS


### Autores:

*Zambrana Luque, J.[1], Moreno Márquez, M.[1], Zambrana Luque, F.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Sur. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Gastroenterología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*


### Descripción del Caso

Mujer de 52 años sin antecedentes personales previos, consulta por fiebre de 38ºC desde hace 3 meses, sin clínica infecciosa. En el contexto de espera de resultados de analítica con serologías por picadura de garrapata hace unas semanas, acude de urgencias por dolor centrotorácio que aumenta con la inspiración e irradiación hacia hombros. Presenta alivio al inclinarse hacia delante. Tras pruebas complementarias se diagnostica de pericarditis aguda, la cual se vuele refractaria a pesar de tratamiento con corticoides, colchicina y acido acetilsalicílico. Se realiza derivación a Medicina Interna por la aparición de nuevos síntomas como dolores abdominales con mialgias migratorias y rash eritematoso, que asociado a serositis, nos lleva a diagnosticar a la paciente de síndrome periódico asociado al receptor del factor de necrosis tumoral (TRAPS).

### Exploración y pruebas complementarias

ACR: Tonos rítmicos, con roce pericárdico. Murmullo vesicular conservado.

Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias. Dolor difuso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

No adenopatías. Rash maculopapular en raíz de extremidades.

Radiografía de tórax: No cardiomegalia. Pinzamiento de ambos senos costofrénicos.

Analítica sanguínea: Leucocitosis con predominio de neutrofilia, elevación de la PCR y VSG y niveles altos de amiloide A sérico. Troponinas negativas.

ECG: Ritmo sinusal a 70 lpm. Eje normal. QRS estrecho. Elevación difusa del segmento ST.

Ecoscopia: Ventrículo izquierdo no dilatado. Abundantes líneas B en pulmón derecho. Lamina de derrame pericárdico.

Secuenciación del gen TNFRSF1A

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome TRAPS

### Diagnóstico diferencial

Fiebre Mediterránea Familiar

Síndrome de deficiencia de mevalonato quinasa

Síndrome PFAPA

Síndromes periódicos asociados a criopirina

Enfermedad de Still del adulto

Vasculitis sistémicas

### Comentario final

Este caso subraya la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante fiebres recurrentes o prolongadas sin causa aparente, para no retrasar el diagnóstico temprano de enfermedades autoinflamatorias que puede asociarse a mayor riesgo de complicaciones graves, particularmente amiloidosis AA e infuficiencia renal.

### Bibliografía


- *Gattorno M, Hofer M, Federici S, et al. Classification Criteria for Autoinflammatory Recurrent Fevers. Anls of the Rheumatic Diseases. 2019*
- *Yasumura J, Shimizu M, Toma T, et al. Frontiers in Immunology. 2020. Clinical Significance os Serum Soluble TNF Receptor I/Ii Ratio for the Differential Diagnosis of Tumor Necrosis Factor Receptor-Associated Periodic Syndrome From Other Autoinflammatory Diseases.*


## 918/251. NO QUIERO PINCHARME MAS


### Autores:

*Gasset Giráldez, J.[1], Jiménez Muñoz, N.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga*

## Descripción del Caso

Mujer de 45 años. trabajadora de oficina

Presenta dolor crónico en epicóndilo del codo izquierdo con irradiación a brazo y antebrazo y parestesias, de mas de un año de evolución, sin antecedente traumático.

Antecedentes terapéuticos: Infiltraciones articulares previas con mejoría parcial y transitoria.

Llega a consulta para una nueva infiltración y se hace una reevaluación del caso.

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Patrón de dolor irradiado, hipertonía cervicotorácica y restricción cervical baja, dorsal alta, dolor a la palpación en epicondilo y epitroclea, no signos de Síndrome del Tunel carpiano (STC).

Rx columna .dorso cervical y codo izq: sin hallazgos.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Sindrome de la 1ª costilla o de los escalenos o de la salida torácica

## Diagnóstico diferencial

Epicondilalgia lateral.

Patología intraarticular de codo.

Radiculopatía cervical.

Neuropatía periférica.

STC.

Síndrome de salida torácica

## Comentario final

El dolor crónico de codo representa un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. La

ausencia de hallazgos estructurales concluyentes y la respuesta limitada a tratamientos locales obligan a un enfoque clínico ampliado.

La medicina manual en Atención Primaria constituye una herramienta útil para optimizar resultados clínicos y prevenir la cronificación, donde destaca una exploración mas exhaustiva, una orientación de los diagnósticos diferenciales diferentes a la que estamos acostumbrados y otras posibilidades de tratamientos mas amplias.

Impresiona que la formación de los médicos de familia en la patología osteomuscular es deficitaria y mejorable dada la alta prevalencia en la consulta.

## Bibliografía


- *Dengler NF, Ferraresi S, Rochkind S, et al. Thoracic Outlet Syndrome Part I: Systematic review of the literature and consensus on anatomy, diagnosis, and classification. Neurosurgery. 2022;90(6):653–667.*
- *Panther EJ, et al. Thoracic outlet syndrome: A review. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(9):1747–1760.*
- *Illig KA, et al. Thoracic outlet syndrome. Nat Rev Dis Primers. 2021;7(1):1–19.*


# 918/253. ¿Y ESTAS MANCHAS QUE SON? A PROPÓSITO DE UN CASO DE PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO


## Autores:

*López Torres, C.[1], Pérez Castro, M.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares D Arrayanes. Linares. Jaén*


## Descripción del Caso

Paciente de 78 años con antedecentes de diabetes tipo 2 con vasculopatía periférica y retinopatia. Dislipemia. EPOC. Hábitos tóxicos: exfumador con ICAT 60paquetes/año. Situación basal: vida activa, conduce, trabaja en el campo familiar. Consulta por lesiones ampollosas y pruriginosas que afectan a tronco y extremidades. El paciente asocia astenia y pérdida de peso no cuantificada en los últimos 2 meses. Tos y expectoración habitual, niega hemoptisis. Febrícula vespertina. En primera visita se instaura tratamiento con corticoide oral y tópico, así como antihistamínico oral por sospecha de penfigo y se solicita teleconsulta a dermatología así como analítica y Rx tórax. Ante la sospecha pos exploración y pruebas complementarias de neoplasia pulmonar y posible síndrome cutáneo paraneoplasico se deriva a consulta rápida de medicina interna para estudio.

## Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico sin soplos. Hipoventilación en ápice izquierdo. Lesiones sobreelevadas de fondo necrótico y no supurativas en similar estado de evolución en tronco y extremidades. Pequeñas aftas en cavidad oral. Analitica: - Hemograma: Leucocitos 7.680 (con fórmula normal), Hb 13.2 g/dL, plaquetas 279.000. - Coagulación: Normal. - Bioquími-

ca: Glucosa 125 mg/dL, urea 34 mg/dL, Cr 0.7 mg/dL, BT normal. Iones en rango. - PCR 51.3 mg/L Rx tórax: condensación en lóbulo superior izquierdo. TAC tórax: Masa/conglomerado hiliar-parahiliar superior izquierdo altamente sospechoso de malignidad.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Carcinoma pulmonar con pénfigo paraneoplásico asociado.

### Diagnóstico diferencial

Penfigoide ampolloso, pénfigo paraneoplásico, necrólisis epidérmica tóxica

### Comentario final

El pénfigo paraneoplásico (PPN) es una enfermedad ampollosa mucocutánea autoinmune rara y de mal pronóstico, que está asociada a neoplasia subyacente. Presenta diversas afecciones siendo mas frecuentes las lesiones mucosas que las lesiones cutáneas polimorfas. El diagnóstico se basa en la clínica y la histología compatible y el tratamiento se asocia al del tumor de base. Cabe destacar además de la escasa afectación mucosa de nuestro paciente que solo el 16% de los casos de PPN están asociados a neoplasias no hematológicas.

### Bibliografía


- *Urbano del Valle S, Vívero Coneo R, Harris Ricardo J, Carmona Lorduy M. Penfigoide de membrana mucosa asociado a carcinoma pulmonar ¿penfigoide paraneoplásico? Odontol. Sanmarquina. 2021;24(1):89–94. doi:10.15381/os.v24i1.1870690.*


## 918/254. NO AGUANTO ESTOS CALAMBRES

### Autores:


*Jiménez Muñoz, N.[1], Gasset Giráldez, J.[1]*


### Centro de Trabajo:


*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga*


### Descripción del Caso

Varón de 89 años con antecedentes personales: amaurosis ojo izquierdo, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, flutter auricular, hipertrofia benigna de próstata y gonartrosis severa. Tratamiento: enalapril, sintrom, bisoprolol, omeprazol y espiranolactona.

Consulta por temblores, quemazón e inquietud progresiva de miembros inferiores, de predominio nocturno con necesidad de movimiento para alivio sintomático, compatible clinicamente con Síndrome de las Piernas Inquietas (SPI).

Se inicia tratamiento con pramipexol, presentando mejoría clínica inicial.

Posteriormente desarrolla empeoramiento clínico, interpretado como fenómeno de augmentación.

Se asoció gabapentina sin conseguir control sintomático adecuado.

Ante la refractariedad terapéutica y el inicio en edad avanzada, se solicita estudio analítico destacando deficit de vitamina B12.

Se trata con vitamina B12 intramuscular mejorando la sintomatología del paciente.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración física general anodina. Destacable únicamente deformidad de rodillas en relación con artrosis evolucionada y signos de insuficiencia vascular crónica en EEII.

Exploración neurológica: sin focalidad neurológica ni alteraciones motoras objetivables.

Hemograma: normal.

Bioquímica: glucosa normal, perfil hepático normal, hierro normal, creatinina 1.03 mg/dl, filtrado glomerular 64 ml/min, vitamina B12 125 pg/ml.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome de piernas inquietas secundario a deficit de vitamina B12.

### Diagnóstico diferencial

- Neuropatía periférica (diabética, alcohólica, carencial)
- Ferropenia
- Insuficiencia renal crónica
- Parkinsonismo inicial
- Acatisia farmacológica
- Calambres nocturnos
- Insuficiencia venosa crónica sintomática
- Deficit vitamínicos

### Comentario final

El SPI es un trastorno neurológico sensitivo motor caracterizado por la necesidad imperiosa de mover las piernas,

generalmente acompañado de sensaciones disestésicas, con empeoramiento en reposo y horario nocturno.

Aunque la mayoría de los casos son idiopáticos, existen formas secundarias relacionadas con ferropenia, insuficiencia renal, neuropatías y déficits vitamínicos, entre ellos el de B12, entidad potencialmente reversible si se diagnostica y se trata de forma precoz.

El SPI secundario debe sospecharse ante inicio tardío, mala respuesta a dopaminérgicos o empeoramiento progresivo.

El déficit de vitamina B12 puede producir neuropatía periférica, alteraciones sensitivas, síntomas motores sutiles que simulan o precipitan SPI.

La vía intramuscular es superior a la oral en déficits severos, sospecha de malabsorción y falta de respuesta clínica inicial.

### Bibliografía


- *González-Parejo P, Martín-Núñez J, Cabrera-Martos I, Valenza MC. Effects of dietary supplementation in patients with restless legs syndrome: A systematic review. Nutrients 2024; 16 (14): 2315.*


## 918/260. NO SÓLO EN NIÑOS: NEUMONÍA ENMASCARADA DE PATOLOGÍA ABDOMINAL EN AP


### Autores:

*Cárdenas González, D.[1], Monís Álvarez, S.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga*


### Descripción del Caso

Mujer de 37 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes psiquiátricos y endocrinos sin relevancia para el cuadro actual, en tratamiento habitual con fluoxetina 20 mg cada 24 horas. Consultó por fiebre de hasta 39,5 ºC de 24 horas de evolución, dolor en fosa renal bilateral, malestar general y náuseas, sin clínica miccional ni ginecológica,

### Exploración y pruebas complementarias

En Atención Primaria (AP) presentaba buen estado general, afebril, eupneica; auscultación cardiorrespiratoria sin alteraciones; abdomen con dolor a la palpación en hipogastrio, sin defensa ni peritonismo; puñopercusión renal derecha positiva. La puntuación CRB-65 era de 0 puntos, pero ante la ausencia de clínica miccional clara y la necesidad de pruebas no disponibles en AP, se derivó a Urgencias hospitalarias para descartar pielonefritis aguda (PNA). En urgencias se objetivó fiebre de 38,4 ºC, taquicardia de 114 lpm y tensión arterial de 151/75 mmHg. La analítica sanguínea mostró leucocitos de 6.660/µl con fórmula normal, PCR de 32,8 mg/l y función renal conservada. El sedimento urinario presentó 44 leucocitos y 25 eritrocitos por campo, bacterias moderadas y nitritos negativos. La tomografía computarizada con contraste intravenoso descartó patología urológica y apendicular, evidenciando consolidación neumónica en lóbulo inferior derecho con áreas de vidrio deslustrado y atelectasia laminar. El índice Fine/PSI correspondió a clase de riesgo II, compatible con tratamiento ambulatorio.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en lóbulo inferior derecho, clase Fine II

### Diagnóstico diferencial

Pielonefritis aguda, apendicitis aguda, cólico renoureteral, patología biliar aguda

### Comentario final

Las NAC de lóbulo inferior pueden simular patología urológica o abdominal por irritación diafragmática y pleuritis adyacente, con puñopercusión renal positiva como hallazgo engañoso. Un CRB-65 de 0 no excluye patología significativa cuando la clínica no encaja con el diagnóstico más probable; la derivación razonada desde AP fue determinante para el diagnóstico y tratamiento correctos.

### Bibliografía


- *Menéndez R, et al. Normativa SEPAR sobre el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Actualización 2021. Arch Bronconeumol. 2021; 57(1):11-23.*
- *Torres A, et al. Community-acquired pneumonia. Lancet. 2024; 403(10433):1234-1250.*


## 918/261. UNA PACIENTE DE RIESGO DISFRAZADA DE CATARRO


### Autores:

*Cárdenas González, D.[1], Monís Álvarez, S.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga*

## Descripción del Caso

Mujer de 78 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, insuficiencia venosa crónica, hipotiroidismo subclínico y adenocarcinoma de pulmón en seguimiento oncológico activo. Tratamiento habitual: metformina, enalapril, levotiroxina y atorvastatina.

Acude acompañada refiriendo dos días de astenia, fiebre de 38,2 ºC, tos seca y dolor torácico punzante paraesternal izquierdo de inicio brusco, irradiado a escápula derecha, con clara relación al esfuerzo y sin disnea ni cortejo vegetativo.

## Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. FC 128 lpm, TA 122/74 mmHg, SatO2 94%. Dolor reproducible a la palpación paraesternal izquierda. Sin signos de TVP, aunque con edema bilateral crónico. Se deriva a Urgencias para ampliación diagnóstica.

En las pruebas complementarias, troponina I seriada en ascenso (118,4 ? 174,9 ng/L), Dímero D 3.024 ng/mL. Wells 4 puntos (probabilidad alta). AngioTC confirmó TEP bilateral. Ecocardiografía: dilatación de cavidades derechas, VCI dilatada con colapso reducido. PESI 4 puntos (alto riesgo). Ingreso a cargo de Oncología.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

TEP riesgo intermedio-alto en paciente oncológica.

## Diagnóstico diferencial

Neumonía, síndrome coronario agudo sin elevación del ST, dolor torácico musculoesquelético.

## Comentario final

Alta con enoxaparina 12.000 UI/12 h indefinida. Seguimiento por Atención Primaria, Oncología y consulta de Enfermedad Tromboembólica en Medicina Interna.

Este caso evidencia que síntomas inespecíficos en pacientes oncológicas de edad avanzada exigen un razonamiento clínico activo. La edad avanzada favorece presentaciones atípicas y mayor riesgo de atribución errónea. La aplicación sistemática de la escala Wells, integrada en el contexto clínico global, permitió la sospecha precoz del TEP. Atención Primaria actuó como primer filtro eficaz, iniciando un proceso diagnóstico que evitó un desenlace potencialmente fatal y reforzando su papel esencial en la coordinación asistencial.

## Bibliografía


- *Llamas Esperón P, et al. Recomendaciones sobre enfermedad tromboembólica venosa en procesos oncológicos. Una visión desde la medicina de familia. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2023. DOI: 10.1016/j.semerg.2023.101875*
- *Grupo de Enfermedad Tromboembólica de la SEMI. Diagnóstico y tratamiento de la embolia pulmonar: recomendaciones 2024. Rev Clin Esp (Barc). 2024.*


# 918/262. VOLVIÓ A CASA DISTINTA: DELIRIUM POSTINGRESO COMO MARCADOR DE FRAGILIDAD OCULTA


## Autores:

*Cárdenas González, D.[1], Monís Álvarez, S.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga*


## Descripción del Caso

Mujer de 71 años sin alergias conocidas, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina, fibrilación auricular (FA) paroxística anticoagulada con apixabán, hipotiroidismo subclínico, osteoporosis con fractura vertebral previa y síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) con CPAP nocturna. Sin antipsicóticos ni deterioro cognitivo documentados. Derivada desde Atención Primaria (AP) por cuatro días de desconfianza familiar, ideación delirante de perjuicio y agitación nocturna, tras alta por diverticulitis aguda complicada tratada con amoxicilina-clavulánico y metronidazol intravenosos.

## Exploración y pruebas complementarias

Afebril, tensión arterial 138/72 mmHg, frecuencia cardíaca 84 lpm, saturación 92% con Ventimask al 28%. Labilidad emocional; se administra haloperidol 2,5 mg intramuscular. Ritmo irregular sin soplos. Sin focalidad neurológica. Analítica: glucemia 142 mg/dl, proteína C reactiva 18 mg/dl sin leucocitosis, creatinina 1,0 mg/dl, hormona estimulante del tiroides en límite superior. Radiografía de tórax sin hallazgos. Tomografía computarizada craneal con leucoaraiosis grado 2-3 de Fazekas y atrofia cortical global frontoparietal. Psiquiatría descarta patología psicótica primaria. Escala 4AT puntuación 8, confirmatoria de delirium.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Delirium de perfil mixto precipitado por hospitalización reciente, sobre sustrato de deterioro cognitivo leve silente.

### Diagnóstico diferencial

Episodio depresivo con síntomas psicóticos, Accidente cerebrovascular isquémico prefrontal; Encefalopatía metabólica por descompensación diabética o tiroidea

### Comentario final

El ingreso resolutivo para la diverticulitis actúa como agresor sobre un cerebro vulnerable. Sin valoración cognitiva basal no hubo identificación de riesgo ni medidas preventivas multicomponente, que reducen el delirium hospitalario hasta un 30%. La quetiapina al alta exige revisión: en paciente anticoagulada con SAHS y fractura vertebral, el riesgo de caída bajo sedación es relevante. El médico de familia debe verificar vigencia de la indicación, valorar retirada progresiva y documentarla. Mantener antipsicóticos sin revisión es inercia terapéutica. La AP es el único nivel con visión longitudinal para prevenir este desenlace. 1

### Bibliografía


- *Pérez-Ros P, Martínez-Arnau FM. Delirium assessment in older people in emergency departments. A literature review. Diseases. 2019;7(1):14.*
- *Watt J, et al. Identifying older adults with delirium in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2023;52(1):afac280.*


## 918/263. MÁS ALLÁ DEL MOTIVO DE CONSULTA: EL VALOR DE LA EXPLORACIÓN INTEGRAL EN ATENCION PRIMARIA


### Autores:

*Garzón Aguilar, J.[1], Romero Lerma, Á.[2], Gil García, C.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhama de Granada. Alhama de Granada. Granada, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada*


### Descripción del Caso

Paciente de 70 años, con antecedentes personales a destacar de flutter auricular, diabético e hipertenso, intervenido de un sarcoma de Kaposi en pie derecho, en tratamiento habitual con metformina 850 miligramos (mg) cada 12 horas, amiodarona 200 mg y apixaban 5 mg cada 24 horas.

En una revisión de su patología crónica, en el momento de la exploración, visualizamos en la oreja derecha una lesión dermatológica que nos llama la atención.

El paciente refiere que está presente desde hace 6 meses. Ha percibido intermitentemente una capa "costrosa" que reaparecía tras retirarla. Molestias ocasionales mientras duerme.

No refiere prurito ni sangrados. No recuerda traumatismos

Puesto que presentaba signos de alarma tanto clínicos como dermatológicos, realizamos teleconsulta al servicio de Dermatología, que tras citar al paciente, deciden exéresis de la lesión.

### Exploración y pruebas complementarias

Nódulo en hélix de oreja derecha, de forma ovalada y bordes regular definidos, de 2 cm de eje mayor en el recorrido del hélix. Ulceración central superficial con restos hemáticos y discreta hiperqueratosis periférica

Dermatoscopia: área central ulcerada, cubierta parcialmente por costra hemática y rodeada por hiperqueratosis. Telangiectasias sobre eritema leve.

Anatomía patológica: Hiperplasia pseudoepiteliomatosa epidérmica con signos adyacentes de ulceración incipiente y telangiectasia dérmica, sugerente de condrodermatitis nodular del Hélix

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Condrodermatitis nodular del hélix

### Diagnóstico diferencial

Queratosis actínica. Carcinoma basocelular. Carcinoma epidermoide.

### Comentario final

La condrodermatitis nodular del hélix es una entidad clínica benigna cuyos factores etiológicos son, entre otros, presión prolongada con compromiso del riego sanguíneo, exposición solar crónica o bajas temperaturas. El diagnóstico es clínico y anatomopatológico y el tratamiento conservador reside en aliviar la presión local y corticoides intralesionales.

Su detección fue posible gracias a una exploración completa y a una actitud clínica atenta, poniendo de mani-

fiesto la importancia de una visión integral y longitudinal del paciente. Cada consulta debe entenderse como una oportunidad para identificar problemas que el propio paciente puede no haber percibido o considerar irrelevantes, mejorando la salud global del paciente.

### Bibliografía


- *Wagner G, Liefeith J. Clinical appearance, differential diagnoses and therapeutical options of chondrodermatitis nodularis chronica helicis Winkler. J Dtsch Dermatol Ges 2011; 9:287.*
- *Sanu A, Koppana R. Management of chondrodermatitis nodularis chronica helicis using a 'doughnut pillow'. J Laryngol Otol 2007; 121:1096.*


## 918/264. CATORCE AÑOS DESPUÉS

### Autores:

*Navarro Gallardo, P.[1], Redondo Salvador, M.[1], Rodriguez Moreno, S.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés - Teatinos. Málaga*

### Descripción del Caso

Mujer de 56 años con antecedente en 2011 de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha (1.7 cm, grado 1, RE80%, RP 100%, HER2 negativo,kI67 15%, ganglio centinela negativo), tratada con cirugía conservadora, radioterapia y tamoxifeno durante cinco años, permaneciendo en remisión completa.

En 2025 consulta en Atención Primaria por crecimiento progresivo de una cicatriz quirúrgica previamente queloide, con seis meses de evolución.

### Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se objetiva lesión nodular eritematosa, infiltrada, de aproximadamente 2 cm, localizada sobre el queloide.

Ante la sospecha de posible recidiva local, se realiza derivación preferente a Dermatología para valoración y biopsia.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

El estudio histológico confirma carcinoma infiltrante ulcerado con invasión perineural, RE y RP 100%. HER2 negativo y Ki67 21%, compatible con recidiva cutánea. Se practica exéresis radical con bordes libres e inicio de tratamiento con letrozol.

### Diagnóstico diferencial

El caso ilustra una recidiva tardía en tumor luminal tras más de una década y cómo la modificación de una cicatriz queloidea puede enmascarar patología maligna. La sospecha clínica desde Atención Primaria resultó determinante par el diagnóstico precoz.

### Comentario final

El cáncer de mama con receptores hormonales positivos mantiene riesgo de recidiva prolongado en el tiempo. En supervivientes oncológicos, los cambios sobre cicatrices quirúrgicas pueden atribuirse erróneamente a alteraciones benignas, retrasando el diagnóstico.

Toda modificación en una cicatriz oncológica, incluso años después, debe considerarse recidiva hasta demostrar lo contrario y motivar derivación para estudio.

### Bibliografía


Housseinpor R, et al. Cutaneous Metastasis vs. Isolated Skin Recurrence of Breast Cancer: Clinical Features and Prognostic Implications. Case Rep Oncol.2021.

Kovács KA, et al. Machine learning prediction of breast cancer local recurrence including scar tissue localization. Sci Rep. 2025.


## 918/280. EL CORAZÓN DE ÁFRICA

### Autores:

*Sánchez González, M.[1], Calle Cruz, L.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) SUAP Distrito AP Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilleja de la Cuesta. Castilleja de la Cuesta. Sevilla*

### Descripción del Caso

Varón,40 años. Antecedentes: hipertensión arterial y DMID tipo I.Refiere dolor torácico opresivo de inicio súbito, intenso de 20 minutos de duración, no irradiado, acompañado de diaforesis. A nuestra llegada apenas tenía dolor y había desaparecido el cortejo vegetativo.

### Exploración y pruebas complementarias

La exploración física y las constantes indicaban estabilidad hemodinámica. Se realizó ECG de 12 derivaciones, observándose elevación del ST en V2 y dudosa en I y aVL, con descenso discreto en III.

Manejo:activamos desde Atención Primaria(AP) el código infarto para angioplastia primaria urgente, sin em-

bargo, al dar los datos electrocardiográficos, el centro coordinador decide no activarlo por discrepancia de criterios. En el Servicio de Urgencias Hospitalarias(SUH), activamos el código,por la elevación de V2 al ser altamente probable el "Signo de la bandera de Sudáfrica".

Resolución:la coronariografía y la seriación de enzimas cardíacas confirmaron nuestra sospecha.Resultado: oclusión total de la primera diagonal (D1).Tratamiento: implante de un stent farmacoactivo.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Infarto Agudo de Miocardio Lateral Alto

### Diagnóstico diferencial

Pericarditis, disección de Aorta,TEP, gastritis, espasmo esofágico, etc.

### Comentario final

El signo de la bandera de Sudáfrica es un patrón electrocardiográfico que identifica un infarto de miocardio lateral alto. Se llama así porque, en un ECG estándar de 12 derivaciones, la disposición de las alteraciones del segmento ST dibuja la forma de la "Y" verde de la bandera sudafricana. La D1 irriga la pared lateral alta y el área septal superior, lo que explica la elevación aislada en V2 junto con las laterales altas (I, aVL). A menudo se pasa por alto porque las derivaciones afectadas no son contiguas según la clasificación tradicional, lo que puede retrasar el tratamiento.

El reconocimiento de este patrón desde nuestro primer contacto médico (en AP)fue decisivo porque, según los criterios clásicos, este paciente podría haberse clasificado erróneamente como un dolor no isquémico o infarto sin elevación del ST(SCASEST), cuando en realidad presentaba oclusión coronaria total que requería intervención inmediata.

### Bibliografía


- *J.A.Fernández-Sánchez, A.E.Arriaga-Jiménez, M.Jiménez-Fernández, IAMCEST lateral alto con signo de la bandera de Sudáfrica.Rev Esp Cardiol.Vol. 76. Núm. 8.2023*
- *J.C.Gómez-Polo, J.Higueras Nafría, P.Martínez-Losas, V.Cañadas-Godoy, R.Bover-Freire, J.Pérez-Villacastín. Escaso conocimiento entre los médicos no cardiólogos de patrones electrocardiográficos asintomáticos potencialmente letales y subestimación de su gravedad.Rev Esp Cardiol,70(2017), pp. 507-508*


## 918/284. LO QUE LA PIEL ESCONDE: GRANULOMA ANULAR


### Autores:

*Medina Cobos, A.[1], López Chaves, D.[2], García Del Paso, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Churriana de la Vega. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Churriana de la Vega. Granada*


### Descripción del Caso

Hombre de 45 años sin antecedentes personales de interés, no alergias conocidas. Fumador ocasional. Trabaja como administrativo. Consulta por primer episodio de lesiones cutáneas en dorso de ambas manos de 4 meses de evolución. Refiere leve prurito ocasional, sin dolor ni escozor. Niega fiebre, pérdida de peso, artralgias u otra sintomatología sistémica. No traumatismos ni uso de nuevos productos tópicos como posibles desencadenantes.

### Exploración y pruebas complementarias

Se observan múltiples pápulas eritemato-parduzcas milimétricas en dorso de manos y base de los dedos, algunas con umbilicación central y leve costra queratósica, agrupadas de forma anular. A la presión lateral suave se objetiva salida de material queratósico central compatible con fenómeno de eliminación transepidérmica. No adenopatías ni afectación mucosa. Resto de exploración normal. Se solicita analítica básica con hemograma, bioquímica y glucemia basal, objetivándose solamente glucemia en rango de prediabetes.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Granuloma anular perforante.

### Diagnóstico diferencial

Se plantea con molusco contagioso (pápulas perladas de evolución distinta), verrugas planas (superficie rugosa sin eliminación central), sarcoidosis cutánea (lesiones infiltradas no umbilicadas) y necrobiosis lipoídica (placas pretibiales amarillentas). La morfología anular, la umbilicación central y la eliminación transepidérmica permiten diagnóstico clínico sin necesidad de biopsia.

### Comentario final

El reconocimiento de signos dermatológicos específicos permite al médico de familia establecer diagnósticos poco frecuentes de forma resolutiva. En este caso, se instauró tratamiento con corticoide tópico en ciclos cortos y educación sanitaria, junto a control de alteración glucémica asociada. Diversas entidades dermatológicas tienen relación con patologías muy frecuentes, en este caso con dislipemia y diabetes. Su sospecha y estudio, como en este caso, permiten hacer un abordaje completo e integral.

### Bibliografía


- *Aróstegui Aguilar J, Diago A, Carrillo Gijón R, Fernández Figueras M, Fraga J, García Herrera A, et al. Granulomas en dermatopatología: principales entidades. Parte II. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2021;112(8):705–24. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2021.04.001*


## 918/285. LEYENDO ENTRE LÍNEAS, DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO


### Autores:

*Medina Cobos, A.[1], Garzón Aguilar, J.[2], Ramos Ontiveros, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Churriana de la Vega. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Churriana de la Vega. Churriana de la Vega. Granada*


### Descripción del Caso

Mujer de 24 años, sin antecedentes médicos ni psiquiátricos, nunca fumadora ni bebedora. Consulta en Atención Primaria por ansiedad persistente de 6 meses de evolución. Refiere inquietud constante, dificultad de concentración, insomnio inicial y sensación de tensión diaria, que atribuye a preparación de oposiciones. Niega otros síntomas incluyendo crisis de pánico, consumo de tóxicos o ideación autolítica.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración física sin hallazgos. En entrevista se intuye ansiedad flotante, discurso coherente y contacto correcto. Se utiliza escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), con puntuación 14 (ansiedad moderada). Se solicita analítica básica con hemograma, bioquímica y perfil tiroideo, sin alteraciones. Se dan recomendaciones para control de estrés y se recomiendan guías de autoayuda del Servicio Andaluz de Salud, no se pauta de forma inicial tratamiento farmacológico a petición de la paciente. Se programa revisión en 3 semanas. En la consulta de seguimiento, la paciente admite lectura del apartado de trastorno obsesivo compulsivo, reconociendo pensamientos intrusivos y conductas repetitivas similares a las suyas. Admite que dedica más de dos horas diarias a comprobar repetidamente cerraduras, grifos y apuntes; no queriendo confesarlo antes por vergüenza.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Trastorno obsesivo compulsivo

### Diagnóstico diferencial

Inicialmente se planteó trastorno de ansiedad generalizada; sin embargo, la presencia de compulsiones repetitivas con elevado consumo de tiempo y alivio transitorio tras el ritual orientan a TOC. Se descarta trastorno psicótico por conservación del juicio de realidad y rasgos obsesivos de personalidad por carácter no egosintónico y curso reciente.

### Comentario final

La demanda de "ansiedad" puede ocultar un TOC no expresado por estigmatización o normalización de síntomas. La utilización de materiales estructurados de autoayuda permitió a la paciente reconocer y verbalizar su clínica, facilitando diagnóstico precoz en Atención Primaria. Se inició ISRS y seguimiento programado, con mejoría funcional progresiva. El caso subraya el valor de la psicoeducación guiada y del enfoque longitudinal en AP para detectar patología infradiagnosticada.

### Bibliografía


Soriano RM de V, Zappino JP, Quiroga AR, Álvarez-Mon MÁ. Actualización clínica de los trastornos de ansiedad, hipocondría y trastorno obsesivo-compulsivo. Medicine (Internet). 2023;13(84):4929–36. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2023.08.001


## 918/286. PREGUNTAR TAMBIÉN CURA: HIPERVITAMINOSIS D DETECTADA EN CONSULTA DE FAMILIA


### Autores:

*Geara Joyed, P.[1], Japon Cabello, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Serrana. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Enfermera. Centro de Salud La Serrana. Jerez de la Frontera. Cádiz*


### Descripción del Caso

Mujer de 57 años, sin antecedentes relevantes ni tratamiento habitual. Hipercolesterolemia leve conocida (colesterol total 210 mg/dl).

Consulta por malestar general, episodios intermitentes de sensación de taquicardia, nerviosismo y disnea intermitente no relacionada con esfuerzos de varias semanas de evolución.

### Exploración y pruebas complementarias

Ante persistencia de la clínica se solicita analítica, objetivándose niveles marcadamente elevados de vitamina D.

En reinterrogatorio dirigido, la paciente reconoce consumo simultáneo de múltiples complejos vitamínicos adquiridos en herboristería, ingeridos diariamente desde hacía semanas (documentado mediante fotografía aportada).

Se indica suspensión inmediata de todos los suplementos.

En revisión posterior, presenta desaparición completa de la sintomatología sin recurrencias.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hipervítaminosis D por suplementación vitamínica no controlada

### Diagnóstico diferencial

Arritmia, hipertiroidismo, ansiedad, anemia, alteración metabólica.

### Comentario final

La hipervitaminosis D puede cursar con síntomas vagos (astenia, clínica neurovegetativa, disnea, malestar), dificultando su identificación inicial.?Los pacientes frecuentemente no consideran los suplementos como medicación, por lo que su consumo puede pasar desapercibido sin interrogatorio específico.

Nuestro papel como médico de familia es muy importante en la detección de iatrogenia por automedicación. Es necesario incluir la revisión sistemática de productos no farmacológicos y facilitar educación sanitaria sobre suplementación

### Bibliografía


- *Holick MF. Vitamin D deficiency and toxicity: clinical implications. N Engl J Med. 2007.*
- *Marcinowska-Suchowierska E et al. Vitamin D toxicity—A clinical perspective. Front Endocrinol. 2018.*


## 918/291. MÁS ALLÁ DE LA ANSIEDAD: CUANDO ATENCIÓN PRIMARIA SOSPECHA UNA HIPERTENSIÓN SECUNDARIA


### Autores:

*Borrego Palenzuela, R.*[1]

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería*


### Descripción del Caso

Mujer de 56 años, pluripatológica, con antecedentes de interés de artritis reumatoide de larga evolución. Desde hace 3-4 años presenta hipertensión arterial (HTA) de difícil control, inicialmente atribuida a ansiedad, con mejoría parcial tras iniciar tratamiento antihipertensivo y ansiolítico. Durante el seguimiento en atención primaria (AP) se detectó hipopotasemia en una analítica de rutina, inicialmente atribuida de forma aislada a tratamiento diurético y consumo de suplementos e infusiones. Derivada a nefrología descartando patología nefrológica.

### Exploración y pruebas complementarias

Cifras tensionales elevadas en controles sucesivos, con última toma de 145/95 mmHg, y potasio entre 2,7-3 mmol/l. En este contexto, la paciente fue estudiada en el ámbito privado mediante tomografía computarizada toracoabdominal, objetivándose un adenoma suprarrenal derecho de 25 mm, además de leve derrame pericárdico sin compromiso hemodinámico y leve derrame pleural bilateral. Estos hallazgos fueron manejados de forma conservadora por distintas especialidades, sin una integración diagnóstica global. Posteriormente presentó empeoramiento de la HTA, alcanzando cifras de hasta 180/120 mmHg, asociando extrasistolia e hipopotasemia recurrente, con múltiples consultas en urgencias. Durante un ingreso en medicina interna en centro privado se objetivó aldosterona plasmática elevada (711 ng/dL) y potasio al alta de 3,3 mmol/l.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hiperaldosteronismo primario.

## Diagnóstico diferencial

Ante la persistencia de HTA resistente, hipopotasemia mantenida y la presencia de adenoma suprarrenal, desde AP se realizó una reevaluación global del proceso, descartando hipertensión arterial esencial y efecto secundario farmacológico. Siendo probable el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario derivando preferente a endocrinología para diagnostico definitivo.

## Comentario final

Este caso pone de manifiesto cómo la fragmentación asistencial y la interpretación aislada de los hallazgos clínicos y analíticos pueden conducir a errores y retrasos diagnósticos en pacientes con HTA de difícil control. La AP, gracias a su visión longitudinal y a su papel integrador, resulta clave para unificar la información clínica dispersa y orientar adecuadamente hacia una causa secundaria potencialmente curable.

## Bibliografía


- *Araujo-Castro M, Parra-Ramírez P. Diagnóstico de hiperaldosteronismo primario. Med Clin (Barc). 2022;158(9):424-430. doi: 10.1016/j.medcli.2021.10.012. Epub 2021 Dec 16. PMID: 34924198.*
- *Ruiz-Saavedra A, García-Pérez-Velasco J, Vidal-Ostos-De-Lara F, Serpa-Morán CA, Tejada-González A, Leandro-Barros A. Protocolo diagnóstico de la hipertensión arterial secundaria. Med Clin (Barc). 2025;14(39):2408-2410. doi:10.1016/j.med.2025.08.016.*


# 918/299. MENOS ES MÁS: DEPRESCRIPCIÓN EN UN ANCIANO CON MAREO Y RIESGO DE CAÍDAS


## Autores:

*Geara Joyed, P.[1], Japon Cabello, M.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Serrana. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Enfermera. Centro de Salud La Serrana. Jerez de la Frontera. Cádiz*


## Descripción del Caso

Varón de 84 años, independiente para ABVD. Antecedentes: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hiperplasia benigna de próstata y dislipemia, previamente bien controlado.

Tratamiento habitual: metformina/dapagliflozina 850 mg/5mg/12 h, enalapril 20 mg/24 h, hidroclorotiazida 25 mg/24 h, amlodipino 5 mg/24 h, atorvastatina 40 mg/24 h y tamsulosina 0,4 mg/24 h.

Consulta por mareo de tres meses, descrito como inestabilidad al incorporarse, con dos caídas recientes. Diagnosticado previamente de vértigo periférico sin mejoría.

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración: TA en decúbito 146/82 mmHg; a los 3 minutos de bipedestación 110/68 mmHg. Sin focalidad neurológica.

Analítica: HbA1c 6,8%; creatinina 1,1 mg/dL (FG estimado 62 ml/min); sodio 138 mmol/L; potasio 4,2 mmol/L; hemoglobina 13,5 g/dL; perfil lipídico en objetivo. Se diagnostica hipotensión ortostática secundaria a polifarmacia. Se suspende hidroclorotiazida, se reduce enalapril a 10 mg y se reevalúa indicación de tamsulosina. Educación postural e hidratación.

A las 4 semanas: desaparición del mareo, ausencia de nuevas caídas y TA media domiciliaria 138/76 mmHg.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Hipotensión Ortostática

## Diagnóstico diferencial

Vértigo periferico, efectos secundarios de fármacos, ansiedad/depresión

## Comentario final

La hipotensión ortostática inducida por fármacos es una causa frecuente e infradiagnosticada de mareo en el anciano. La medición de TA en ortostatismo y la revisión estructurada del tratamiento permiten reducir síntomas y riesgo de caídas sin comprometer el control de comorbilidades. En Atención Primaria, deprescribir puede ser una intervención terapéutica de alto impacto.

## Bibliografía


- *O'Mahony D, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing. Age Ageing. 2015;44(2):213-218.*
- *Freeman R, et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension. Clin Auton Res. 2011;21:69-72.*

## 918/301. CUANDO LOS OJOS NO OBEDECEN AL CEREBRO


### Autores:

*Martin Izquierdo, S.[1], García García, I.[1], Marin-Herlinger Mesa, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Mar. Vélez-Málaga. Málaga*


### Descripción del Caso

Mujer de 70 años con antecedentes de hipertensión y sindrome ansioso depresivo ,valorada por Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) por cuadro súbito de disminución del nivel de consciencia mientras se encontraba en el baño.

Ante sospecha de ingesta medicamentosa se administra naloxona (1 ampolla) y flumazenilo (2 ampollas), sin respuesta clínica.

Se traslada a hospital con sospecha de sobredosis medicamentosa vs ictus.

Durante ingreso hospitalario se confirma diagnóstico de ictus, con evolución favorable, persistiendo como secuela ptosis palpebral.

Posteriormente, el familiar contacta con Atención Primaria para valoración integral.

### Exploración y pruebas complementarias

Constantes: TA 135/78 mmHg, FC 75 lpm, Sat02 99%.

Exploración neurológica: somnolencia sin apertura ocular espontánea, respuesta motora no localizadora al dolor, emisión de sonidos incomprensibles, midriasis bilateral (izquierda mayor que derecha) hiporreactiva, movilización espontánea de las cuatro extremidades y reflejo cutáneo plantar extensor izquierdo.

Ante sospecha de intoxicación medicamentosa se administra naloxona y flumazenilo sin mejoría.

Pruebas complementarias: analítica sin alteraciones, etanol negativo, tóxicos positivos para benzodiacepinas, electrocardiograma sin hallazgos patológicos.

TC craneal: hipodensidad en tálamo medial izquierdo y discreta hipodensidad contralateral, compatible con lesión isquémica en evolución.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Ictus talámico bilateral en relación con síndrome de la arteria de Percheron

### Diagnóstico diferencial

1. Intoxicación medicamentosa (benzodiacepinas)

2. Ictus (talámico bilateral – síndrome de la arteria de Percheron)

(Inicio brusco + disminución del nivel de consciencia)

3. Encefalopatía metabólica ( hipoglucemia , alteraciones electrolíticas...).

4. Hemorragia intracraneal ( inicio brusco ).

### Comentario final

Evolución favorable, persistiendo ptosis palpebral como secuela. Seguimiento en Atención Primaria multidisciplinar ( neurología, rehabilitación , médico de familia , trabajadora social ) por deterioro funcional significativo

La valoración integral y el seguimiento desde Atención Primaria son fundamentales para optimizar el pronóstico y la prevención secundaria.

### Bibliografía


- *Lazzaro NA, Wright B, Castillo M, Fischbein NJ, Glastonbury CM, Hildenbrand PG, et al. Artery of Percheron infarction: imaging patterns and clinical spectrum. AJNR Am J Neuroradiol. 2010;31(7):1283-9.*


## 918/313. MÁS QUE UN SIMPLE MAREO: EL TERCER VENTRÍCULO COMO ORIGEN INESPERADO


### Autores:

*Perejón Díaz, M.[1], Braza Ramírez, L.[2], Bartel De Hoyos, I.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz, (3) Estudiante del Grado en Medicina, Universidad de Cádiz*


### Descripción del Caso

Mujer de 54 años que consulta por mareo crónico de años de evolución, descrito como sensación inespecífica de inestabilidad que interfiere en la marcha, con empeoramiento claro con los cambios posturales y asociación

ocasional de cefalea leve. No refiere vértigo rotatorio, hipoacusia ni clínica vegetativa acompañante. Estos síntomas se presentan de forma intermitente.

## Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normo-coloreada y normohidratada, auscultación normal. Otoscopia normal. No contracturas cervicales. Exploración neurológica normal.

Analítica: hemograma, bioquímica, metabolismo del hierro y orina normales- Tc de cráneo: lesión hiperdensa, de 5 mm, bien delimitada, en la vecindad del foramen de Monroe en relación con quiste coloideo del tercer ventrículo.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Mareo crónico secundario a probable obstrucción intermitente del flujo de LCR por quiste coloide del tercer ventrículo, sin datos actuales de hidrocefalia obstructiva ni hipertensión intracraneal establecida.

## Diagnóstico diferencial

Causas vestibulares: vértigo paroxístico benigno, enfermedad de Ménière, neuritis vestibular

Causas centrales: otras lesiones intracraneales, insuficiencia vertebro basilar

Causas funcionales y metabólicas: hipotensión ortostática, anemia

## Comentario final

El quiste coloide del tercer ventrículo es una lesión benigna infrecuente (2%) que puede permanecer asintomática durante años. Debido a su localización estratégica en el foramen de Monro puede condicionar obstrucción intermitente del LCR, produciendo clínica inespecífica como cefalea posicional, inestabilidad o mareo crónico, lo que puede dificultar su sospecha en Atención Primaria. Es importante realizar una correcta caracterización del mareo, identificando signos atípicos o de alarma, considerando en ese caso el uso de pruebas de imagen para una correcta filiación.

## Bibliografía


- *Beaumont TL, Limbrick DD Jr, Rich KM, Wippold FJ 2nd, Dacey RG Jr. Natural history of colloid cysts of the third ventricle. J Neurosurg. 2016;125(6):1420-1430. doi:10.3171/2015.6.JNS142451*
- *Sheikh AB, Mendelson ZS, Liu JK. Endoscopic versus microsurgical resection of colloid cysts: a systematic review and meta-analysis of 1,278 patients. World Neurosurg. 2014;82(6):1187-1197. doi:10.1016/j.wneu.2014.06.024*
- *Hernesniemi J, Leivo S. Management outcome in third ventricular colloid cysts in a defined population: a series of 40 consecutive patients treated mainly by transcallosal microsurgery. Surg Neurol. 1996;45(1):2-14. doi:10.1016/0090-3019(95)00314-8*


# 918/317. AFINANDO LA MIRADA EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA (MASLD)


## Autores:

*Rodriguez Jimenez, B.[1], Koval Charnosh, N.[2], Vargas Díez, J.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada*


## Descripción del Caso

Hombre, 61 años, asintomático, acude para revisión. Antecedentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 (desde 2021), obesidad grado I y dislipemia. No hábitos tóxicos. Tratamiento: metformina 1g, empagliflozina 12.5mg, losartán 50mg, hidroclorotiazida 12.5mg, simvastatina 20mg. Identificamos síndrome cardio-renal-metabólico (CAREME) estadio 2 y riesgo de fibrosis hepática. Solicitamos pruebas complementarias y derivamos a digestivo. Conclusión: enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD), bajo riesgo de fibrosis. Plan: definimos objetivos: colesterol LDL <75, presión arterial (PA) <120/80, índice de masa corporal (IMC) <25, hemoglobina glicosilada (HbA1c) <6.5; hábitos de vida; vacunación de hepatitis; iniciamos semaglutida 0.25mg semanal. Control al mes.

## Exploración y pruebas complementarias

Buen aspecto general, hidratado y perfundido, eupneico. Auscultación cardio-pulmonar normal. PA 130/83 mmHg, IMC: 32 kg/m$^2$. Sin edemas en miembros inferiores.

Analítica: glucosa 82 mg/dl, HbA1c 6.9%, creatinina 0.83 mg/dL, filtrado glomerular >90 ml/min/1.73m2, colesterol total 160 mg/dl, HDL 55 mg/dl, LDL 75 mg/dl, triglicéridos 150 mg/dl, aspartato transaminasa 36 U/L, alanina transaminasa 42 U/L, hierro 93 µg/dl, ferritina 508.3 ng/ml; pro-BNP, TSH y hemograma nor-

mal. Serología de hepatitis negativa. Electrocardiograma: normal. Índice de fibrosis basado en 4 aspectos (FIB-4): 1.60, grado indeterminado. Ecografía abdominal: ecogenicidad hepática homogénea, sin lesiones focales; resto sin alteraciones. Elastografía hepática: 7.0 kilopascales (kPa), bajo riesgo de fibrosis.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Paciente CAREME con hipertransaminasemia leve e hiperferritinemia. Riesgo indeterminado de fibrosis (FIB-4: 1.60), bajo riesgo de fibrosis por elastografía hepática.

### Diagnóstico diferencial

HEPATITIS VIRALES, HEMOCROMATOSIS, ENFERMEDAD HEPATICA ALCOHOLICA, MASLD

### Comentario final

Alta prevalencia de MASLD en pacientes CAREME. El FIB-4 es útil y accesible en Atención Primaria para estratificar y seleccionar candidatos a elastografía, permitiendo un enfoque centrado en la modificación del riesgo cardio-renal-metabólico.

### Bibliografía


- *Anastasaki M, Papadakis S, Gergianaki IN, et al. Development and evaluation of an evidence-based algorithm for the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease in primary care in Europe. Front Med (Lausanne). 2024;11:1383112. doi:10.3389/fmed.2024.1383112. PMID: 39640981.*
- *Chew NWS, Mehta A, Goh RSJ, Zhang A, Chen Y, Chong B, Chew HSJ, Sperling LS. Salud cardiovascular, hepática y metabólica: recomendaciones para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica en la enfermedad cardiovascular mediante un método Delphi modificado. Circulation. 2026;151(1):e124. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.124.070535*


## 918/319. "DE SABERLO, SEGUIRIA SUDANDO POR LAS MANOS"


### Autores:

*Ríos Pérez, L.[1], Rios Perez, J.[2], Torre Moreno, N.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aravaca. Pozuelo de Alarcón. Madrid, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Rozas / El Abajón. Las Rozas de Madrid. Madrid*


### Descripción del Caso

Paciente mujer de 59 años que acude a urgencias en el centro de salud tras inyección de 100 U de toxina botulínica para hiperhidrosis palmoplantar, presentando desde el día siguiente fatiga con actividades cotidianas, seguida de disartria leve, visión borrosa, disfagia para líquidos y disnea progresiva, sin fiebre ni dolor torácico.

### Exploración y pruebas complementarias

TA 125/80 mmHg, FC 85 lpm, SatO2 99%, eupneica en reposo. Exploración neurológica ptosis bilateral fatigable, diplopía, disartria leve, debilidad proximal simétrica, hipotonía generalizada, reflejos y sensibilidad conservados, sin signos meníngeos.

Gasometría arterial; pH: 7.34; pCO2: 52 mmHg; pO2: 61 mmHg; HCO3?: 28 mmol/L

- Hemograma y bioquímica: normales
- Radiografía de tórax: sin alteraciones
- Test de estimulación repetitiva (EMG): decremento >10% en la amplitud de los potenciales de acción compuestos
- Test de anticuerpos específicos: Ac anti-receptor de acetilcolina (AChR): positivos (elevados). Ac anti-MuSK: negativos
- TC torácico: se solicita posteriormente ? Imagen compatible con timoma

En el momento de la exploración en el centro de salud, se administró urbason 125mg IM y se activó al servicio de emergencias sanitarias para derivación al servicio hospitalario.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Miastenia gravis generalizada precipitada por administración de toxina botulínica.

### Diagnóstico diferencial

Reacción alérgica. Sindrome de Lambert-Eaton. Esclerosis múltiple. Lesión de tronco del encéfalo.

### Comentario final

Ingresó en UCI donde recibió plasmaféresis cinco días y metilprednisolona intravenosa, añadiéndose luego piridostigmina y azatioprina, con evolución favorable y extubación al séptimo día. En planta presentó mejoría

de fuerza y resolución de disartria. En nuestra consulta no solo se siguió de cerca la evolución clínica de la paciente, sino que también se dedicó semanalmente unos minutos a reunirnos con su familia para tranquilizarlos, resolver sus dudas y transmitir esperanza. Este gesto recuerda que nuestra labor no se limita a aplicar conocimientos médicos, sino que también requiere poner en práctica cada día aspectos humanos que ningún libro enseña. Acompañar y apoyar emocionalmente al entorno familiar ayuda a afrontar mejor las situaciones más difíciles y es algo que ellos valoran y agradecen profundamente.

### Bibliografía


- *Dressler D, Frevert J, Johnson EA, Fink K, Pellett S, Pandey S, et al. Iatrogenic botulism: a risk for botulinum toxin's medical use? J Neural Transm (Vienna). 2026. Revisión sobre botulismo iatrogénico por uso terapéutico de toxina botulínica y recomendaciones clínicas.*


## 918/329. HASTA EL ÚLTIMO MOMENTO

### Autores:

*Álvarez López, M.[1], Pérez Gómez, F.[1], Mora de Miguel, A.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fernán Nuñez Dª. Josefina Carmona. Fernán-Núñez. Córdoba*

### Descripción del Caso

Varón de 93 años, totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, ingresa en noviembre 2025 en Medicina Interna por astenia y vómitos en posos de café con diagnóstico al alta de engrosamiento del fundus gástrico y múltiples lesiones blásticas óseas, tras transfusión, se decide consensuado con familia, no ampliar estudio, adecuación terapéutica y medidas paliativas si deterioro.

El paciente se mantiene estable en domicilio, mantiene ingesta oral triturada, no precisa analgesia salvo paracetamol.

Hace una semana, su hija avisa al Médico de Atención Primaria, por fiebre de 39ºC y disnea tras atragantamiento con una gelatina la noche previa. Pérdida de vía oral.

### Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general, taquipneico, con respiración abdominal.

Saturación 02 basal (sat02): 92%. Tensión arterial(TA): 100/75 mmHg.

Auscultación: roncus globales.

Se administra metamizol y butilescopolamina intramuscular.

Se decide traslado al hospital en ambulancia con gafas nasales de 02 a 2 litros por minuto.

En Urgencias: TA: 63/40 mmHg, SAT02: 84%

Paciente arreactivo, con apertura bucal. Tranquilo.

Se informa a la familia probable situación de últimos días, se ofrece ingreso, deciden traslado a domicilio con medidas de confort.

Se coloca infusor de 48 horas por vía subcutánea con 30 mg de morfina, 30mg de midazolam y 60mg de butilescopolamina.

A las 30 horas, el paciente fallece en domicilio, acompañado por su hija y familiares.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Situación de últimos días

### Diagnóstico diferencial

Neumonía por broncoaspiración- Tromboembolismo pulmonar- Metástasis- Derrame paraneoplásico

### Comentario final

El manejo de la vía subcutánea por el Médico de Atención Primaria resulta imprescindible ya que permite el control de síntomas en el domicilio, lo que hace mejorar la calidad de vida de los pacientes, sobre todo en la fase final de la vida. Además, es una estrategia fundamental para evitar traslados innecesarios a urgencias hospitalarias, que agravan el sufrimiento del paciente y la familia.

### Bibliografía


- *CGCOM, SECPAL. Guía de Sedación Paliativa 2021 [Internet]. Madrid: CGCOM; 2021.*


## 918/334. IMPORTANCIA DEL ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II. A PROPÓSITO DE UN CASO.

### Autores:

*Bravo Arrebola, I.[1], Rey Berenguel, C.[2], Gonzalez Castrillo, L.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería*

### Descripción del Caso

Varón de 65 años con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo II (DM2) de 10 años de evolución, antecedentes de úlceras recurrentes en pie diabético. Tratamiento actual: Empagliflozina/metformina cada 12 horas e insulina basal 35U. Acude a nuestra consulta para solicitar analítica de control (última realizada hace 18 meses con Hemoglobina Glicosilada 8.9%), además nos refiere que presenta una lesión desde hace una semana en la pierna derecha. Tras valoración de úlcera en pierna derecha se pauta tratamiento antibiótico oral y se solicita analítica de control.

### Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiopulmonar sin soplos ni ruidos patológicos

Exploración de pie diabético se objetiva úlcera en cara externa de pierna derecha con eritema perilesional y signos de infección local. Test de monofilamento compatible con alteración de la sensibilidad protectora. Índice tobillo-brazo de 0,85 (riesgo vascular moderado). Estudio Doppler arterial sin alteraciones significativas.

Pruebas complementarias.

nalítica completa con hemograma normal. Hemoglobina Glicosilada: 10,5%; colesterol total: 300 mg/dL, LDL: 180 mg/dL, triglicéridos: 250 mg/dL. Función renal: filtrado glomerular 75 mL/min, creatinina 0,8 mg/dL. Orina sin microalbuminuria.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Úlcera de pie diabético en paciente con DM2.

### Diagnóstico diferencial

Úlcera neuropática diabética: Dado el tiempo evolución de la DM2 y localización es muy probable.

Úlcera isquémica: Considerada por posible enfermedad vascular periférica asociada.

Úlcera neuroisquémica: Alta prevalencia en pacientes con Diabetes de larga evolución.

Lesión traumática sobre pie neuropático: Secundaria a la pérdida de la sensibilidad protectora

### Comentario final

Durante el seguimiento se optimizó el manejo terapéutico ajustando el tratamiento antidiabético a un esquema de insulina bolo–basal. Tras la estratificación del riesgo cardiovascular se añadió tratamiento con estatinas de alta potencia. El abordaje multidisciplinar centrado en la relación médico–paciente–enfermería permitió mejorar la adherencia terapéutica, con evolución clínica favorable en controles posteriores, adecuada cicatrización de la lesión y ausencia de nuevas úlceras.

### Bibliografía


- *Lee M, Teo W, Liew H, Cleland J. Observations of teamworking in a multidisciplinary diabetic foot clinic: Bridging roles of podiatry and technology. Soc Sci Med. 2025 Mar;368:117766. doi:10.1016/j.socscimed.2025.117766.*
- *American Diabetes Association Professional Practice Committee. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1):S207–S238. doi:10.2337/dc25-S010*


## 918/335. LUMBALGIA AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

### Autores:

*Moreno Obregón, J.[1], Moreno Obregón, L.[2], Moreno Obregón, F.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Pedrera. Pedrera. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Herrera. Herrera. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva*

### Descripción del Caso

Varón de 90 años diagnosticado de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con buen control.

Tratamiento: valsartán 160 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg; gliclazida 30 mg; trazodona 100 mg; sertralina 50 mg; hierro 800 mg, 2 ampollas/24 horas y omeprazol 20 mg.

Acude por dolor lumbar y dolor abdominal de 24 horas de evolución. Se le prescribe tramadol 37,50 mg/paracetamol 325 mg presentando a las pocas horas malestar general, náuseas y vómitos. Horas después se lo encuentran desorientado en tiempo y espacio y

tomándose 8 ampollas de hierro por lo que es derivado a urgencias hospitalarias.

### Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. TA 109/65 mmHg. Tª 36.6ºC.

ACR: Tonos rítmicos. Buen murmullo vesicular. No otros ruidos.

Abdomen blando y depresible. Dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos conservados. Pulsos inguinales débiles.

Se le administra metamizol 2 g i.v. y ondansetrón 8 mg i.v.

Analítica: Hb 15.5 g/dL, hto 49.2 %, leucocitos 17.85 mil/mm3 (85.6 % neutrófilos). Glucosa 287 mg/dL, creatinina 1.57 mg/dL, LDH 368 U/L, amilasa 142 U/L, PCR 262.3 mg/L.

AngioTC abdomen contraste IV: Aneurisma aorta abdominal infrarrenal, previo a bifurcación ilíaca, de unos 10 cm, con úlcera penetrante, signos de hematoma intramural con sangrado en varias fases, signos de disección aneurismática y lámina de hemoperitoneo perianeurismática indicativo de pequeña rotura.

Se comenta con Cirugía Vascular en el que se opta por un manejo conservador/paliativo. Tratamiento analgésico. Se habla con familiares sobre situación de gravedad y se decide ingreso por limitación esfuerzo terapéutico (LET).

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Rotura de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal.

### Diagnóstico diferencial

Pancreatitis, diverticulitis, isquemia intestinal.

### Comentario final

La persistencia de dolor lumbar en un paciente de edad muy avanzada junto a hipotensión fueron signos de alarma para derivarlo.

El aneurisma de la aorta abdominal es el aumento del diámetro de la aorta en más del 50% de su tamaño original. Afecta a varones de edad avanzada. Su rotura es la mayor consecuencia clínica y tiene una mortalidad global cercana al 90%.

### Bibliografía


- *Noel AA, Gloviczki P, Cherry KJ.* Ruptured abdominal aortic aneurysms: the excessive mortality rate of conventional repair. J Vasc Surg, 34 (2001), pp. 41-46


## 918/336. HOMBRE DE MEDIANA EDAD CON DOLOR ABDOMINAL


### Autores:

*Moreno Obregón, L.[1], Moreno Obregón, J.[2], Moreno Obregón, F.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Herrera. Herrera. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Pedrera. Pedrera. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva*


### Descripción del Caso

Varón de 67 años diagnosticado de hipertensión arterial, SCASEST, síndrome de apnea-hipopnea del sueño en tratamiento con CPAP y gastritis por Helicobacter pylori. En tratamiento con losartán 50 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg, 1/24 horas; rosuvastatina 20 mg, 1/24 horas, ácido acetilsalicílico 100 mg, 1/24 horas y pentoxifilina 400 mg, 1/12 horas. Acude a Urgencias Hospitalarias por dolor abdominal de 24 horas de evolución. Náuseas. No sintomatología miccional. Afebril.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo.

Abdomen globuloso, dolor a la palpación en epigastrio, sin defensa ni peritonismo.

Analítica: Leucocitos 11540 /uL (80.9 % neutrófilos). Glucosa 158 mg/dL, bilirrubina total 1.38 mg/dL, LDH 323 U/L, amilasa 1057 U/L.

Radiografía P.A. y L tórax: Silueta cardíaca en límite superior de la normalidad, dilatación de cámara gástrica.

Radiografía A.P. en bipedestación de abdomen: Discreta dilatación de asas intestinales. Aire distal.

TC con contraste I.V. de abdomen y pelvis: Signos de pancreatitis aguda edematosa intersticial con índice de severidad moderado. Escasa cantidad de derrame pleural en hemitórax izquierdo.

Vesícula biliar colapsada con dos litiasis calcificadas en su interior. También hay litiasis alineadas en el conducto cístico.

En ecografía abdominal previa se informa la existencia de una vesícula en gorro frigio con litiasis en su interior.

Se le indicó dieta absoluta. Buena tolerancia oral al alta. Abstención absoluta de alcohol y tabaco. Dieta sin grasas, fritos ni dulces.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Pancreatitis aguda. Bisap 1 de origen biliar.

### Diagnóstico diferencial

Apendicitis, pancreatitis, diverticulitis.

### Comentario final

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio que frecuentemente involucra tejidos peripancreáticos y puede involucrar órganos y sistemas distantes secundario a la activación intracelular inadecuada de enzimas proteolíticas y otros mediadores. En la mayoría de los casos el proceso se autolimita y sólo cerca del 15 % desarrollarán cuadros severos, con mortalidad del 30 al 50 %.

El score Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis (BISAP) es específico para pancreatitis aguda y evalúa 5 variables.

### Bibliografía

1. Severe acute pancreatitis: Advances and insight in assessment of severity and management.

2. Índice de gravedad en pancreatitis aguda: BISAP.

3. Evaluación de la escala de BISAP en el pronóstico de la pancreatitis aguda.

## 918/347. "MÁS ALLÁ DEL TABÚ: EYACULACIÓN PRECOZ EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA"

### Autores:

*Peña Segura, A.[1], Santana Almonte, D.[2], Perez Juarez, C.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva*

### Descripción del Caso

Varón de 30 años que consulta por dificultad persistente para controlar la eyaculación desde el inicio de sus relaciones sexuales. Refiere eyaculación en menos de un minuto tras la penetración, con incapacidad para retrasarla y malestar significativo tanto propio como en su pareja. No refiere disfunción eréctil asociada.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración física general y genital dentro de la normalidad, sin alteraciones anatómicas, lesiones ni signos de patología urológica.

Se realiza anamnesis dirigida sobre función sexual, control eyaculatorio y repercusión en la calidad de vida y en la relación de pareja.

Se solicitan pruebas básicas (hemograma, bioquímica y perfil tiroideo), sin hallazgos patológicos. No se consideran necesarias otras pruebas complementarias.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Clínica compatible con eyaculación precoz adquirida, con disminución del control eyaculatorio y repercusión en la calidad de vida y la relación de pareja.

Tras descartar causa orgánica, se orienta como disfunción sexual de origen multifactorial.

### Diagnóstico diferencial

- Disfunción eréctil.
- Ansiedad de rendimiento u otros trastornos psicológicos.
- Prostatitis u otras patologías urológicas.
- Alteraciones hormonales (especialmente hipertiroidismo).

### Comentario final

La eyaculación precoz es una de las disfunciones sexuales masculinas más frecuentes, aunque sigue siendo un motivo de consulta infravalorado debido al tabú que aún existe en torno a la salud sexual. La Atención Primaria constituye un entorno idóneo para su detección y abordaje inicial, ya que permite una atención cercana, accesible y centrada en el paciente.

Un enfoque integral que combine educación sanitaria, técnicas conductuales y apoyo emocional puede mejorar significativamente la calidad de vida del paciente y su relación de pareja. Asimismo, es fundamental crear un espacio de confianza que facilite la comunicación y la normalización de este tipo de problemas en la consulta.

### Bibliografía

- *-Prieto R, Cruz N, Cabello F, et al. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la eyaculación precoz: re-*

*comendaciones de experto. Revista Internacional de Andrología. 2017.*

- *-Asociación Española de Urología (AEU). Guía clínica de disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. Madrid: AEU.*
- *-American Urological Association (AUA). Disorders of Ejaculation: AUA/SMSNA Guideline. The Journal of Urology. 2020.*
- *-European Association of Urology (EAU). Guidelines on Sexual and Reproductive Health: Premature Ejaculation. EAU Guidelines Office; actualización 2023.*

## 918/351. ASTENIA TRAS INICIO DE ANTICOAGULACIÓN

### Autores:

*Salguero Quirantes, R.[1], Galián Ordoñez, A.[2], Cabezas Fernández, F.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Güéjar - Sierra. Güejar Sierra. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cogollos Vega. Cogollos de la Vega. Granada*

### Descripción del Caso

Paciente de 89 años, parcialmente dependiente para actividades básicas de la vida diaria, sin deterioro cognitivo, institucionalizado en residencia. Antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 con buen control y enfermedad renal crónica. Tratamiento habitual con metformina, olmesartán, simvastatina y canagliflozina. Solicitan valoración por dolor a nivel costal tras caída accidental mientras deambulaba. Niega dolor torácico, disnea ni pérdida de conciencia.

### Exploración y pruebas complementarias

En la exploración destacan tonos cardíacos arrítmicos a buena frecuencia así como dolor a la palpación en últimos arcos costales izquierdos, con resto de exploración normal. El electrocardiograma muestra fibrilación auricular no conocida a 70 lpm. Tras teleconsulta con cardiología se inicia anticoagulación oral con acenocumarol y estrategia de control de frecuencia. Días después inicia mareo y astenia intensa. Es derivado en dos ocasiones a urgencias hospitalarias, donde se diagnostica insuficiencia cardíaca, y añaden furosemida y bisoprolol. En revisión programada días después, el paciente presenta empeoramiento del estado general, debilidad, palidez mucocutánea y disnea a mínimos esfuerzos, con tendencia a hipotensión. Al reinterrogar refiere deposiciones oscuras de una semana de evolución y pérdida de peso no cuantificada.

Se deriva nuevamente a urgencias, objetivándose hemoglobina de 8 g/dl (14,6 g/dl un mes antes). En gastroscopia urgente se observa úlcera gástrica de 2 cm sugestiva de neoformación. El estudio histopatológico confirma infiltración por adenocarcinoma gástrico, sin afectación ganglionar locorregional ni enfermedad a distancia en el estudio de extensión.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Adenocarcinoma gástrico

### Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardíaca, hipotensión por fármacos, anemia

### Comentario final

El caso fue presentado en comité de tumores, consensuándose tratamiento quirúrgico. El paciente ha aceptado la intervención y se encuentra pendiente de la misma. Durante su evolución presentó además hematuria franca tras sondaje vesical que requirió por retención aguda de orina. Se decidió suspender acenocumarol y mantener heparina a dosis terapéuticas hasta la intervención. Este caso resalta la importancia del seguimiento estrecho desde Atención Primaria y del abordaje integral del paciente anciano pluripatológico. La reevaluación clínica ante cambios en la evolución permiten identificar signos de alarma y orientar correctamente el diagnóstico y tratamiento.

### Bibliografía

- *ManningWJ, SingerDE. Atrial fibrillation in adults:Use of oral anticoagulants. En:UpToDate[Internet]. Waltham(MA):UpToDate; actualizado 8 ene 2026 [citado 9 mar 2026].*

## 918/352. IMPORTANCIA DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA FASE FINAL DE LA VIDA.

### Autores:

*Bravo Arrebola, I.[1], Fernández Martín, E.[1], Gonzalez Castrillo, L.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería*

### Descripción del Caso

Varón de 40 años con antecedente de glioblastoma diagnosticado hace 3 años, tratado mediante resección quirúrgica, radioterapia y múltiples líneas de quimioterapia, sin respuesta terapéutica y con progresión de la enfermedad.

Situación basal: Parcialmente independiente para las actividades básicas de la vida diaria. En tratamiento con morfina oral según necesidad y levetiracetam.

Familiares consultan por deterioro funcional progresivo, múltiples episodios de disnea con broncoaspiración asociada, incremento de crisis comiciales, limitación para la deambulación, dolor abdominal, hiporexia y pérdida ponderal. Solicitan valoración domiciliaria.

### Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente con episodios de desconexión y desorientación, repuesta a estímulos dolorosos. Caquéxico con palidez mucocutánea. Moderada disnea en reposo, sin agitación.

En miembros inferiores presenta edemas bilaterales.

Auscultación cardiopulmonar: tonos cardiacos rítmicos, sin soplos audibles; murmullo vesicular conservado con crepitantes y roncus bilaterales. Saturación basal de 02: 90%.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Paciente en fase terminal de enfermedad oncológica con deterioro funcional progresivo, sintomatología multifocal y dependencia creciente, compatible con situación de últimos días de vida.

### Diagnóstico diferencial

Infección (neumonía, infección urinaria) pueden contribuir a disnea, hipoxia y empeoramiento del estado general en paciente inmunocomprometido.

Insuficiencia cardíaca sugerida por edemas en miembros inferiores y ruidos respiratorios.

Alteración metabólica o electrolítica en contexto de posibles episodios de desconexión, debilidad y caquexia.

### Comentario final

En nuestro caso se informó a los familiares de la situación clínica del paciente, enfatizando en la progresión del glioblastoma, pronóstico y expectativas a corto plazo. Se condensó con ellos priorizar un enfoque paliativo orientado al control sintomático y optimización del confort del paciente, no deseo de traslado a Hospital. Se llevó a cabo seguimiento con visitas domiciliarias junto a equipo de paliativos aportando tratamiento de confort hasta defunción.

Estos casos muestran el rol fundamental que desempeña el médico de Atención Primaria en la continuidad asistencial, seguimiento y acompañamiento familiar, asegurando una atención integral y soporte emocional durante las fases finales de la enfermedad avanzada.

### Bibliografía


- *Silveira MJ, Forman J. End-of-life care from the perspective of primary care providers. J Gen Intern Med. 2012;27(10):1287-1293. doi:10.1007/s11606-012-2088-3. PMID: 22555775.*
- *Alshammary SA, Duraisamy BP, Salem L, Altamimi A. Integration of palliative care into primary health care: model of care experience. Cureus. 2020 Jun 27;12(6):e8866. doi:10.7759/cureus.8866. PMID: 32754404.*


## 918/353. PROTEINURIA NEFRÓTICA ASINTOMÁTICA. A PROPOSITO DE UN CASO

### Autores:

*Matas Hernández, D.[1], Ramos Ortiz, C.[1], Hernández González, J.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Maracena. Maracena. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mota del Cuervo. Mota del Cuervo. Cuenca*

### Descripción del Caso

Mujer de 55 años con antecedentes personales de Osteoporosis y Artritis Reumatoide Seronegativa sin hábitos tóxicos de interés que acude a consulta de Atención primaria por presentar orina espumosa sin ninguna otra alteración relevante en los últimos 15 días. No ha referido clínica sistémica asociada ni síndrome de Tracto Urinario Inferior.

## Exploración y pruebas complementarias

La exploración abdominal no mostró hallazgos relevantes. Analítica realizada un mes antes sin alteraciones significativas, con sistemático de orina normal. Se solicitó analítica urgente de orina, objetivándose cociente albúmina/creatinina de 4995,5 mg/g, con urocultivo negativo.

Ante la sospecha de síndrome nefrótico, se reevaluó a la paciente a la semana, repitiéndose analítica sanguínea y de orina urgente. Destacó cociente albúmina/creatinina de 4365,2 mg/g, albúmina sérica de 2,7 g/dl y colesterol total de 309 mg/dl (LDL 221 mg/dl). Se inició tratamiento con iSGLT2 (dapagliflozina 10 mg/24 h) y se solicitó valoración por Nefrología mediante teleconsulta.

Desde Nefrología se revisaron los resultados analíticos, ampliándose el tratamiento con IECA (enalapril 5 mg/24 h) y programándose seguimiento. Se solicitó cuantificación de proteínas en orina de 24 horas y ecografía renal.

En control analítico a los dos meses se observó mejoría de la albuminuria (2354,8 mg/g) y posteriormente en orina de 24 horas (187,5 mg/g), con ecografía sin alteraciones morfológicas.

Durante la evolución la paciente permaneció asintomática. Dada la evolución favorable, se estableció diagnóstico de glomerulonefritis crónica sin necesidad de pruebas invasivas como biopsia renal.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Síndrome Nefrótico. Glomerulonefrítis Crónica

## Diagnóstico diferencial

Glomerulonefritis, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia Renal Crónica

## Comentario final

La proteinuria es un signo clínico que debido a los avances científicos actuales cobra una gran relevancia actual en nuestros pacientes, no sólo para establecer un diagnóstico de sospecha de un proceso renal de relevancia, sino que por los avances en los tratamientos ha mejorado la evolución de la patología renal crónica

## Bibliografía


- *Floege, J., Barratt, J. and Cook, H.T. (2025) 'Executive summary of the KDIGO 2025 clinical practice guideline for the management of immunoglobulin a nephropathy (IgAN) and immunoglobulin a vasculitis (IgAV)', Kidney International, 108(4), pp. 548–554. doi:10.1016/j.kint.2025.04.003.*
- *Keskinyan, V.S., Lattanza, B. and Reid-Adam, J. (2023) 'Glomerulonephritis', Pediatrics in Review, 44(9), pp. 498–512. doi:10.1542/pir.2021-005259.*


# 918/357. EL ERISIPELOIDE EN PESCADORES


## Autores:

*Miranda Morente, P.[1], Baca López, L.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alameda. Alameda. Málaga*


## Descripción del Caso

Mujer de 55 años sin antecedentes de interés acude a urgencias refiriendo aparición de lesiones cutáneas eritemato-edematosas y pruriginosas en tercer dedo de mano derecha hace un mes que han evolucionado de proximal a distal junto con dolor en dicho dedo. Niega fiebre ni traumatismo. Se realiza radiografía sin hallazgos y se da de alta con juicio clínico de posible artritis psoriasica con tratamiento antiinflamatorio. Una semana después consulta a su médico de Atención Primaria por persistencia de inflamación y dolor. Durante la anamnesis, la paciente refiere trabajar como pescadera, con contacto frecuente con peces y crustáceos. Ante este antecedente ocupacional, se plantea la posibilidad de infección cutánea por erisipeloide. Se solicita analítica y muestra para cultivo microbiológico para orientar el tratamiento.

## Exploración y pruebas complementarias

Presenta inflamación en tercer dedo de mano derecha con dolor sobretodo a nivel de falange distal. Enseña fotografías de la evolución durante ese mes de las lesiones descritas. Analítica con hemograma y bioquímica normal, perfil reumatoideo negativo, ácido úrico normal y reactantes de fase aguda negativos. En la radiografía se observa una disminución del espacio articular a nivel de falange media y distal sin otros hallazgos.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Erisipeloide por Erysipelothrix rhusiopathiae.

## Diagnóstico diferencial

Monoartritis, artritis psoriásica, dactilitis con alteraciones vasculares.

## Comentario final

En este caso la clave fue la anamnesis dirigida realizada en Atención Primaria, permitió orientar el diagnóstico hacia una infección ocupacional no identificada inicialmente en urgencias. Se manifiesta la importancia de las lesiones digitales en trabajadores con exposición a animales o productos del mar, así como de realizar una anamnesis laboral detallada en la consulta. El erisipeloide es una infección cutánea ocupacional causada por Erysipelothrix rhusiopathiae, bacilo presente en peces y otros animales. Se transmite habitualmente por inoculación a través de pequeñas lesiones cutáneas durante la manipulación de dichos productos.

Clínicamente se manifiesta como las lesiones descritas en el caso y aunque generalmente tiene un curso benigno, en raras ocasiones puede complicarse con formas sistémicas. El tratamiento antibiótico con penicilina o cefalosporinas suele producir una rápida resolución del cuadro.

## Bibliografía


- *Veraldi, S., Girgenti, V., Dassoni, F., & Gianotti, R. (2009). Erysipeloid: a review. Clinical and Experimental Dermatology, 34(8), 859-862. doi:10.1111/j.1365-2230.2009.03444.x*


# 918/362. MUÑECA DE TRAPO, CORAZÓN DE PAPEL


## Autores:

*Sánchez González, M.[1], Calle Cruz, L.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) SUAP Distrito AP Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilleja de la Cuesta. Castilleja de la Cuesta. Sevilla*


## Descripción del Caso

Varón de 87 años.Antecedentes:HTA,ateromatosis carotídea estable,microangiopatía cerebral sin estenosis,HBP,Dupuytren mano izquierda.Avisa por mareos inespecíficos.Exploración: aceptable estado general,algo pálido,frialdad acra,sin cortejo.Sin cefalea,déficits neurológicos,dolor torácico o disnea. Aqueja dolor en muñeca derecha("como si fuera de trapo").TA:100/56mmHg.Glucemia capilar:174g/dL.Resto normal. ECG: RS a 75lpm, HBAI,QRS estrecho,ascenso ligero del ST en aVR y notable en aVL.Descenso en derivaciones inferiores(II,II y aVF) y V3-V6.Activamos "Código Infarto" y trasladamos al hospital(SUH) administrando 300 miligramos de AAS.Nos indican no administrar doble antiagregación por "falta de concordancia en patrón electrocardiográfico".

## Exploración y pruebas complementarias

En SUH: evidencian RS a 90 lpm,ascenso del ST en I,aVL,V1-V2 con descenso en II,III,aVF y V3-V6. Ecocardioscopia:disfunción sistólica severa,FEVI estimada 30%,con trastornos segmentarios (hipokinesia): antero- inferior, antero-lateral y anterior.Se administra carga de clopidogrel y ante signos de hipoperfusión (palidez,frialdad e hipoperfusiôn y elevaciòn de acido láctico) y desaturación, con tendencia a la agitación, se inicia perfusión de aminas (noradrenalina), sedación y VMNI, previo traslado a la sala de Hemodinámica. Situación inestable (shock cardiogénico).

Sala de Hemodinámica: Angioplastia primaria: Enfermedad coronaria multivaso (oclusión de TCI en su origen, DA media con estenosis severa de D1 y distal de ACx), tratada mediante ACTP+3stents, y ACD con estenosis moderada 40%,no revascularizada. Confirma FEVI severamente reducida (30-35%).Ingreso en Unidad Coronaria.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

SCACEST anterolateral.Shock cardiogénico.

## Diagnóstico diferencial

Vértigos,hipotensión ortostática,TEP, aneurisma de Aorta.

## Comentario final

Cuando hablamos de patrones en ECG en la cardiopatía isquémica aguda, debemos abrir la mente y esperar lo habitual,pero también lo inesperado.La elevación del ST en aVR y aVL, a menudo infravaloradas,se asocia con el compromiso de la arteria descendente anterior (ADA) y el tronco coronario izquierdo (TCI),lo que puede predecir el compromiso de gran territorio vascular.

La anamnesis sigue siendo la herramienta más importante con la que cuenta el médico de Atención Primaria ante el hándicap de los recursos diagnósticos limitados.La isquemia coronaria aguda no siempre se manifiesta con una clínica típica ni patrón electrocardiográfico identificable,por lo que es necesario estar muy atentos a datos sutiles que pueden orientarnos a patologías que comprometen la vida.

## Bibliografía


- *Gómez Navarro C,Castillo Ortíz J, Morenate Navío MC.Novedades en el electrocardiograma de los sín-*

*dromes coronarios agudos.De los patrones conocidos a las manifestaciones inusuales.Elsevier. Vol. 52. Núm. 3. Páginas 89-132.(2017).2.Lopera L et cols. aVR:la derivada olvidada.Rev. Colomb. Cardiol.vol.29 no.4, Epub,2022*

## 918/372. LA LONGITUDINALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO CLAVE PARA DETECTAR INSUFICIENCIA RENAL RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

### Autores:

*Lozano Gallego, A.[1], Castilla Moreno, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Benacazón. Benacazón. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Benacazón. Benacazón. Sevilla*

### Descripción del Caso

Mujer de 66 años, hipertensa, dislipémica, con enfermedad de Graves intervenida (tiroidectomía total), carcinoma ductal de mama tratado con cirugía, radioterapia y hormonoterapia y estenosis subglótica intervenida. Consulta en atención primaria (AP) 20 días tras cólico renal atendido en urgencias, refiriendo astenia y pérdida de peso. Entonces ya se objetiva un deterioro agudo del filtrado glomerular (FG) a 24 ml/min, creatinina (Cr) 2,13 mg/dl, urea 83 mg/dl, microhematuria y proteinuria (cociente albúmina/creatinina >1.200 mg/g). El control al mes confirma la persistencia del insuficiencia renal (IR) (FG 24 ml/min, Cr 2,1 mg/dl), sin recuperación espontánea. La función renal en el último año mostraba FG 45 ml/min y Cr 1,3 mg/dl, evidenciando una IR rápidamente progresiva. A pesar de derivación a urgencias el caso se estudia en nefrología tras derivación preferente.

### Exploración y pruebas complementarias

Sin edemas ni datos de sobrecarga, tensión arterial controlada. TAC toracoabdominal: broncopatía crónica, riñones de tamaño y morfología conservados, sin dilatación de la vía urinaria, pequeño quiste en riñón izquierdo. Estudio inmunológico con ANCA positivos con especificidad MPO (71 UI/ml). Biopsia renal: glomeruloesclerosis y proliferación extracapilar en forma de semilunas inflamatorias y fibrosas.

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

IR rápidamente progresiva con microhematuria, proteinuria y ANCA-MPO positivos, orientada como vasculitis ANCA con afectación renal tipo glomerulonefritis extracapilar pauci inmune.

### Diagnóstico diferencial

Nefropatía hipertensiva, nefritis intersticial medicamentosa, glomerulonefritis por inmunocomplejos, nefropatía obstructiva.

### Comentario final

Se instaura tratamiento de inducción con rituximab y corticoides sistémicos, seguido de mantenimiento con prednisona, con buena evolución clínica y estabilización de la función renal.

Este caso ilustra cómo la interpretación activa en AP de alteraciones discretas de la función renal permite detectar episodios de daño renal agudo y glomerulonefritis. Con frecuencia pueden pasan inadvertidos en otros ámbitos asistenciales, tal y como describen estudios recientes sobre IR aguda comunitaria en consultas de medicina de familia

### Bibliografía

- *Mena J, Rodriguez M, Sternberg SB, et al. Incidence, recognition, and follow-up of laboratory evidence of acute kidney injury in primary care practices: analysis of 93,259 creatinine results. Am J Med. 2025;138(1):79-86. doi:10.1016/j.amjmed.2024.08.032.*

## 918/374. DORSALGIA EN EL PUERPERIO

### Autores:

*Santos Lozano, J.[1], Bermejo Benarquez, A.[2], Reyes Castellano, J.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Sevilla*

### Descripción del Caso

Mujer 34 años.

Antecedentes: 1º parto: Mayo de 2022. Hijo con Alergia proteína leche de vaca: Realiza dieta sin lácteos durante la lactancia (14 meses). 2º Parto: Noviembre 2024. En 2º gestación: Reposo por hematoma placentario.

Clinica: En puerperio: Dolor dorsolumbar de ritmo mixto, contracturas musculares paravertebrales, tra-

tadas con analgesicos/relajantes musculares, que no calman la sintomatología, acudiendo a fisioterapia privado. La clínica empeora, llegando a claudicar cuando coge al bebe por dolor, que le hace visitar al medico de familia.

## Exploración y pruebas complementarias

Cifosis dorsal, apofisalgia presionando ultimas vertebras dorsales, contractura de la musculatura paravertebral.

Rx columna dorsolumbar: Varias fracturas vertebrales dorsales

TAC columna dorsolumbar: fracturas D4, D7, D8, D9 y D11. D7-D8-D9: acuñamiento anterior con hipercifosis secundaria. Descartan fracturas patológicas

Derivación Traumatología: Tratamiento con corsé durante 45 días

Derivacion Reumatología: Densitometría ósea: Osteoporosis columna lumbar. Osteopenia cuello femoral. Hipercalciuria orina de 24 h . Tratamiento: Abaloparatida 80 µg. Hidroferol

Nefrología: Ecografia abdominal: descarta nefrolitiasis y nefrocalcinosis. Analitica: hiperfosafaturia, hiperuricosuria, albuminuria. Hipercalciuria idiopática. Probable Tubulopatía próximal en estudio (descartar portadora enfermedad de Dent, pendiente de estudio genético).

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Osteoporosis localizada del embarazo/puerperio secundaria a Hipercalciuria idiopática (Tubulopatía proximal). Fracturas vertebrales

## Diagnóstico diferencial

Causas Mecánicas/Posturales

- Hiperlordosis lumbar y hipercifosis dorsal.
- Mala postura/ergonomía.
- Diástasis rectos abdominales.
- Acción de la Relaxina: Aumenta laxitud ligamentos en columna.

Causas Viscerales (Reflejadas en zona dorsal):

- Patología Renal: Pielonefritis

Causas Traumatológicas

- Hernia discal/radiculopatía
- Fracturas por insuficiencia/estrés: osteoporosis transitoria asociada a lactancia.
- Disfunción costal

## Comentario final

La dorsalgia puerperal es mas frecuente que se deba a causas mecánicas/posturales, pero en una proporción significativa se debe a fracturas vertebrales por osteoporosis transitoria asociada a lactancia/embarazo. Pensar en esta posibilidad llevaría a un diagnóstico precoz con beneficios consecuentes de un tratamiento adecuado. En esta paciente el cuadro, probablemente se vio agravado por un periodo previo y prolongado de dieta exenta en lácteos

## Bibliografía


- *Bone metabolism and osteoporosis during pregnancy and lactation.*
- *Lujano-Negrete AY, Rodríguez-Ruiz MC, Skinner-Taylor CM, Perez-Barbosa L, Cardenas de la Garza JA, García-Hernández PA, et al. Arch Osteoporos. 2022;17(1):36.*
- *Idiopathic Hypercalciuria: A Comprehensive Review of Clinical Insights and Management Strategies. Meher D, Agarwal V, Das S, Choudhury A, Sahoo D, Sahu SK, et al. Cureus. 2025;17(4):e81778.*


# 918/375. INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTE CON DISTROFIA MUSCULAR DE BECKER


## Autores:

*Ligero Molina, M.[1], Navarro Gallardo, P.[1], Rodriguez Moreno, S.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés - Teatinos. Málaga*


## Descripción del Caso

Varón de 25 años. AP de Distrofia muscular de Becker. Desde hace una semana nota sensación de falta de aire y opresión precordial al agacharse o realizar esfuerzos, en ocasiones con cortejo vegetativo. No fiebre, no ortopnea, no DPN, no palpitaciones ni edemas. El día previo diagnosticado de bronquitis en urgencias de clínica privada por presentar además tos. Realizan Rx de tórax que informan como normal pero el paciente nos muestra las imágenes y presenta cardiomegalia, por lo que es derivado a urgencias.

## Exploración y pruebas complementarias

EN CONSULTA: eupneico en reposo. ACR: Rítmico y regular, a 115lpm. MVC, sin ruidos patológicos. MMII: no edemas.

ECG en consulta: ritmo sinusal con signos de HV con alteración de ST en cara inferior.

EN URGENCIAS: RX Tórax: ICT aumentado sin otros hallazgos. Analítica: Trop I 39,41, NT pro BNP 9575. Ecocardio urgente: ventriculo izquierdo dilatado con hipoquinesia generalizada y FEVI severamente deprimida (FE 30%). Insuficiencia mitral severa.

Tras valoración por Cardiología se cursa ingreso para estabilización y posterior traslado a Unidad de Trasplantes del H. Virgen del Rocío.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Insuficiencia cardiaca de novo a estudio en paciente con AP de Distrofia muscular de Becker

## Diagnóstico diferencial

- Insuficiencia cardiaca por Distrofia muscular de Becker
- Miopericarditis aguda
- Tromboembolismo pulmonar

## Comentario final

Finalmente el paciente fue dado de alta y al mes reingresó de forma programada para intervencionismo mitral (implante MITRACLIP), con buen resultado y tolerancia por lo que no precisó trasplante cardiaco. Continua en seguimiento por Cardiología.

En este caso debemos reflexionar sobre la importancia del seguimiento adecuado de las patologias crónicas (DMB) que pueden derivar en situaciones irreversibles como cardiomegalia y en la adecuada anamnesis del paciente a su llegada a consulta realizando una exploración completa y diagnóstico diferencial adecuados.

## Bibliografía


- *1- Bolivar-Mejia A, Rueda MA, Sánchez-Pardo S, Fajardo JE. Insuficiencia cardiaca derecha asociada con distrofia muscular de Becker. Medicina Interna de México. 2022; 38 (1): 179-184.*
- *2- Ascensio-Lemus MG, Barge-Caballero E, Paniagua-Martin MJ, Barge-Caballero G, Couto-Mallón D, Crespo-Leiro MG. ¿La distrofinopatía de Becker es una contraindicación para el trasplante cardiaco? Experiencia de un centro. Revista Española de Cardiología. 2019;72(7):584-585.*


# 918/385. DOCTOR, CUANDO TRABAJO ME FALTA EL AIRE


## Autores:

*Escamilla Garrido, A.[1], Lorenzo Santamaría, B.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlinda. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlinda. Málaga*


## Descripción del Caso

Varón de 57 años de edad, exfumador de 30 cig/día, no alergias no ingesta de alcohol, vida activa, no realiza ejercicio físico. Realiza esfuerzo físico y ejercicio sin disnea. No cuadros catarrales habituales, nunca ha precisado visitas en urgencias por problemas respiratorios ni administración de aerosoles.

Acude a consulta hace un año (en mayo de 2025) derivado por su médico de empresa que detecta patrón obstructivo en espirometría. De profesión, es marino y en el barco está expuesto a químicos y también a gases porque trabaja con los motores.

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: eupneico, con tos ocasional y algo de expectoración blanquecina. Auscultación cardiorespiratoria: ritmico sin soplos murmullo vesicular disminuido sin roncus ni sibilancias. Saturación oxígeno: basal 95% Obesidad troncular con Índice de masa corporal (IMC):28

Radiografía tórax: Parénquimas pulmonares con signos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Índice cardio-torácico dentro de límites normales. No se observa derrame pleural. Estructuras óseas dentro de normalidad.

Espirometría: Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo/ Capacidad Vital Forzada (FEV1/FVC) 40%, FEV1 32%, FVC 63%

Se deriva a Neumología

TC TÓRAX: signos de enfisema centrolobulillar y paraseptal a predominio de ambos lóbulos superiores.

Atelectasia laminar en el lóbulo inferior derecho.

Aislados nodulillos subpleurales de aspecto inespecífico.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Juicio clínico: EPOC GRADO SEVERO ALTO RIESGO NO AGUDIZADOR GOLD 3

### Diagnóstico diferencial

EPOC- Exposición laboral a gases tóxicos y productos inhalados irritantes-

### Comentario final

Actualmente nuestro paciente se encuentra en seguimiento por parte de Neumología y en tratamiento con furoato de fluticasona/umeclidinio/vilanterol 1 cada 24h y Bromuro de Ipratropio (SAMA) de rescate.

La intervención proactiva desde la Atención Primaria es determinante para cambiar el curso natural de la patología respiratoria; identificar precozmente los irritantes externos y liderar el acompañamiento motivacional en la deshabituación tabáquica son las herramientas clave para frenar el deterioro funcional y prevenir consecuencias irreversibles en la salud del paciente

### Bibliografía


- *Guía Española de la EPOC (GesEPOC) 2021-2025.*
- *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (GOLD 2024/2025 Report).*
- *Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica: Neumoconiosis y otros procesos respiratorios de origen laboral. Ministerio de Sanidad, España.*


## 918/389. CASO DE UN ANCIANO CON DISURIA Y PIURIA PERSISTENTE


### Autores:

*Xia Ye, S.[1], Contreras Roca, M.[2], Byrne España, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel, Málaga, (2) Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga*


### Descripción del Caso

Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, tromboembolism pulmonar, divertículos de colon, quiste de Baker complicado, prótesis de rodilla, incontinencia urinaria.

Anamnesis: Varón de 89 años con los antecedentes descritos, dependiente total con vida cama-cama, natural de Alemania. Presenta cuadro de disuria intensa con orina de aspecto piúrico y mal olor.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Paciente con buen estado general, no dolor abdominal ni se palpa globo vesical. Sí dolor intenso con las micciones que ha requerido de opiáceos.

Analítica con creatinina 1.29, FG 49 mL/min, urocultivos positivos repetidos desde hace 9 meses de Escherichia. Coli +Enterococcus faecalis a pesar de los diferentes antibióticos según antibiograma. Micobacteria negativo. Tampoco hubo mejoría con tratamiento antibiótico preventivo ni con autovacuna pautados por urología.

Ecografía: Vejiga con pared engrosada y trabeculada, sugestivo de vejiga de esfuerzo. Presenta abundante contenido ecogénico que sugiere detritus en relación con proceso infeccioso.

Tac abdominal: La pared del colon se encuentra en íntimo contacto con la vertiente izquierda de la cúpula vesical, sin poder poner de manifiesto la presencia de fístula colo-vesical mediante este estudio debido a repleción incompleta de vejiga durante la fase excretora

### Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Posible Fístula enterovesical

### Diagnóstico diferencial

Infecciones de orina de repetición. TBC urinario. Mala higiene/contaminación debido a incontinencia

### Comentario final

La fístula enterovesical es una comunicación anormal entre vejiga y tubo digestivo (colon en el 92%) que debemos sospechar ante persistencia de síntomas como disuria, tenesmo, polaquiuria, dolor suprapúbico, orina turbia y mal olor. La fecaluria es un síntoma patognomónico que se da en el 40% de las ocasiones. Las principales causas son la enfermedad diverticular (60%), el cáncer de colon y la enfermedad de Crohn, aunque también está la causa iatrogénica (radioterapia y cirugías ginecológicas). El tratamiento es quirúrgico pero en nuestro caso se decidió por tratamiento conservador con antibioterapia y sonda vesical.

### Bibliografía


- *Charúa-Guindic L, Jiménez-Bobadilla B, Reveles-González A, Avendaño-Espinosa O, Charúa-LEvy, E. Incidencia, diagnóstico y tratamiento de la fístula colovesical. Medigraphic artemisa. 2007;(75):343-9.*

# 918/393. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA RECURRENTE COMO MARCADOR DE NEOPLASIA OCULTA


## Autores:

*Diaz Oreste, M.[1], Ramirez Hidalgo, M.[2], Jimenez Ortega, S.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija Virgen del Valle. Écija. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Campillo. La Luisiana. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija Virgen del Valle. Écija. Sevilla*


## Descripción del Caso

Hombre de 56 años hipertenso, fumador y dislipémico, acude a consulta de atención primaria por dolor en miembro inferior izquierdo de horas de evolución sin antecedente traumático.

Realizamos ecografía en consulta observando trombosis poplitea izquierda, derivamos a urgencias hospitalarias donde se confirma diagnóstico de trombosis venosa profunda iniciando enoxaparina 80 mg/12 h.

Citamos tres semanas después para seguimiento cuando refiere molestias inespecíficas del muslo homolateral del evento previo.

Realizamos nueva ecografía en consulta encontrando trombosis en vena femoral superficial y poplítea izquierda.Derivamos a centro hospitalario para confirmación diagnóstica y Iniciando bemiparina 115 UI/kg/24 h (10.000 UI/24 h).

Comenzamos búsqueda etiológica solicitando analítica con bioquímica encontrando patrón colestásico y ecografía abdominal de atención primaria observando lesión pancreática.

Derivamos a centro hospitalario confirmando el diagnóstico de adenocarcinoma pancreático.

## Exploración y pruebas complementarias

Primera consulta: afebril, eupnéico.Dolor a la palpación de pantorrilla izquierda, eritema y calor.

Ecografía doppler en consulta: vena poplitea izquierda no compresible, material hipoecoico en su interior ocupando la luz, flujo doppler disminuido.

Derivamos a urgencias hospitalarias encontrando dimero D en 18000ng/mL

Consulta de revisión:

Edema y dolor a la palpación de muslo izquierdo, normocoloreado, sin lesiones.

Ecografía en atención primaria: trombosis de la arteria femoral superficial a 4-5 cm del canal inguinal y trombo irregular a nivel de la poplítea con áreas hiper e hipoecógenicas.

Derivamos a Urgencias solicitando dimero D encontrándose en 21400 ng/mL

Analítica posterior: Hemoglobina: 11,2 g/dL, plaquetas: 480.000 /µL, bilirrubina total 1.8 mg/dL, Fosfatasa alcalina 620 U/L, gamma-glutamil transferasa 490 U/L, aspartato-aminotransferasa 85 U/L, alanina-aminotransferasa 91 U/L

Ecografía abdominal: Lesión hipoecoica en cabeza pancreática de 28 mm, vesícula biliar distendida y leve dilatación del conducto pancreático.

## Orientación diagnóstica/Juicio Clínico

Trombosis venosa profunda izquierda con origen neoplásico.

## Diagnóstico diferencial

Celulitis descartada en ausencia de signos infecciosos y tras confirmación ecográfica del trombo.

Dolor de horas de evolución descartando linfedema, caracterizado por dolor crónico.

## Comentario final

El papel del médico de atención primaria es clave para la detección precoz de recurrencias tromboembólicas. Un seguimiento adecuado y el uso del ecógrafo ayuda al paciente a mejorar sus oportunidades terapéuticas y a la asimilación diagnóstica.

## Bibliografía


- *Aparicio-Minguijón, et al., Manual de diagnóstico y terapéutica-médica. 9ª ed. Madrid: Hospital-Universitario 12 de Octubre / MSD; 2022. ISBN: 978-8409366224*

# MÉDICO RESIDENTE

## 918/1. USOS DEL PROTOCOLO BLUE EN EL PACIENTE CON DISNEA


### Autores:

*Novoa Caballero, C.[1], de la Pava Bedoya, J.[2], Martínez Palma, L.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga*


### Descripción del caso

Mujer de 70 años, turista, consulta a urgencias por dolor en zona inguinal izquierda y disnea al realizar esfuerzos moderados de dos semanas de evolución. Refiere que los síntomas comenzaron tras su viaje. Niega fiebre, tos y expectoración. Presenta antecedentes de hipertensión arterial e hiperlipidemia en tratamiento médico habitual.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, sin taquipnea ni signos de insuficiencia respiratoria.

- Frecuencia cardíaca: 72 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria: 15 respiraciones por minuto
- Saturación de oxígeno: 95 % al aire ambiente
- Presión arterial: 120/85 mm Hg

A la auscultación se aprecia hipofonesis en hemitórax izquierdo y disminución de las vibraciones vocales.

- Ecografía pulmonar con protocolo BLUE: signo de medusa y áreas de atelectasia sin broncograma aéreo.
- Radiografía de tórax postero anterior y lateral: Opacidad total de hemitórax izquierdo con borramiento del ángulo costofrénico y diafragmático sugestivo de derrame pleural.
- Analítica sanguínea: leucocitosis leve y proteína C reactiva elevada.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Derrame pleural izquierdo masivo, probablemente exudado, que explica la hipofonesis y la disnea

### Diagnóstico diferencial

- Neumonía subpleural
- Atelectasia: reversible con maniobra de reclutamiento pulmonar
- Neoplasia pulmonar periférica
- Tuberculosis pulmonar
- Enfermedad pulmonar intersticial con múltiples líneas B
- Edema pulmonar con patrón alveolar difuso

### Comentario final

Se recomienda toracocentesis diagnóstica para análisis bioquímico y microbiológico del líquido pleural. La ecografía pulmonar en el punto de atención ofrece más del 90 % de precisión diagnóstica gracias a los artefactos pulmonares que ayudan a determinar la causa de la disnea aguda, como son las líneas A, líneas B múltiples de patrón intersticial entre otras gracias a la estandarización exploratoria de los 12 cuadrantes resulta fácil, portátil, de bajo coste e inocua, y agiliza el manejo inicial de la disnea en urgencias y atención primaria al reducir la duda diagnóstica cuando no hay disponibilidad de radiología inmediata.

### Bibliografía


- *Jimenez Serrano S, Páez-Carpio A, Doménech-Ximenos B, et al. Conventional and Contrast-enhanced US of the Lung: From Performance to Diagnosis. Radiology. 2024;44(7).*
- *Sayas Catalán J, Hernández-Voth A, Villena Garrido MV. Ecografía diafragmática: de herramienta novedosa a rutinaria. Arch Bronconeumol. 2020;56(4).*


## 918/2. MANEJO URGENTE DE LUXACIÓN DE RODILLA: REDUCCIÓN EN ÁMBITO PREHOSPITALARIO


### Autores:

*Novoa Caballero, C.[1], Rengel Sanz, M.[2], Guerrero Ruiz, J.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga*

## Descripción del caso

Joven de 15 años, en calidad de jugador de fútbol en un partido, solicita asistencia médica por dolor y limitación funcional de rodilla izquierda con desplazamiento forzado de la rótula hacia exterior de 20 minutos de evolución sin lograr auto reducción, refiere es la segunda vez que le sucede Tras analgesia y relajación muscular se logra adecuada reducción con mejoría del dolor. No presenta antecedentes de importancia, ni hábitos tóxicos, no tratamiento médico habitual.

## Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, alerta hidratada

Frecuencia cardíaca: 102 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto

Saturación de oxígeno: 95 % al aire ambiente

Presión arterial: 135/87 mm Hg

Extremidades: Deformidad de rótula izquierda hacia región externa, doloroso a la palpación, con imposibilidad para la flexo extensión de esta, no crepitación. Tras reducción estabilidad sin peloteo, cajón anterior y posterior -.

Radiografía rodilla izquierda AP y Lateral post reducción sin trazos de fractura

Analítica sanguínea: Sin leucocitosis y reactantes de fase aguda dentro de límites normales

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Luxación de rodilla izquierda reducida

## Diagnóstico diferencial

Fractura de rótula

Fractura de platillos tibiales

Lesión ligamentos colaterales vs meniscal

Hemartrosis

Lesión nervio peroneo

## Comentario final

La atención inmediata de la luxación de rodilla en el ámbito prehospitalario es fundamental para evitar complicaciones graves, como lesiones vasculares o nerviosas, y para mejorar el pronóstico funcional y preservar la función articular. Realizar una reducción adecuada tras analgesia y relajación muscular, y valorar la estabilidad articular y la ausencia de fracturas, así como signos de lesión vascular mediante exploración clínica y pruebas complementarias básicas.

La capacidad resolutiva y la actuación precoz del médico de familia en el ámbito prehospitalario son esenciales para minimizar riesgos, optimizar el manejo inicial y garantizar una atención integral al paciente con luxación de rodilla.

## Bibliografía


- *Pfeiffer TR, Günther D. Behandlung der akuten Knieluxation [Treatment of acute knee dislocations]. Unfallchirurgie (Heidelb). 2024 Jan;127(1):35-43. German. doi: 10.1007/s00113-023-01369-y. Epub 2023 Oct 10. PMID: 37815539.*


# 918/5. MASA PULMONAR APICAL INADVERTIDA EN UNPACIENTE CON LUXACIONES RECIDIVANTES DE HOMBRO


## Autores:

*Martínez Palma, L.[1], Novoa Caballero, C.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga*


## Descripción del caso

Varón de 48 años que acude en múltiples ocasiones a Urgencias durante los últimos cuatro años por luxaciones recidivantes del hombro derecho, generalmente tras traumatismos mínimos. Antecedentes personales: fumador de 20 paquetes/año e hipertensión arterial. No intervenciones previas ni alergias. En cada visita, el paciente refiere dolor intenso y limitación funcional, sin otros síntomas respiratorios o sistémicos que orientaran hacia patología torácica.

## Exploración y pruebas complementarias

En su última consulta presenta TA 135/85 mmHg, FC 82 lpm, Tª 36,4 ºC, SatO2 98%. BEG. Auscultación cardiopulmonar rítmica, aunque con murmullo vesicular discretamente disminuido en vértice derecho. Asimetría del hombro derecho con aplanamiento del deltoides y prominencia acromial, sugestiva de luxación anterior.

Tras la reducción, en la radiografía de control llama la atención una gran opacidad apical derecha, inadverti-

da hasta el momento. La revisión de las radiografías previas realizadas en contextos similares revela una lesión creciente: pequeño nódulo en 2021, aumento progresivo en 2023, hasta convertirse en una masa de más de 5 cm en la imagen actual.

Analítica sin alteraciones relevantes. Se solicita tomografía computarizada torácica, que confirma la presencia de una masa espiculada en el vértice pulmonar derecho, con amplio contacto pleural y sin adenopatías mediastínicas significativas.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Hallazgo incidental de masa pulmonar derecha con alta sospecha de malignidad, pendiente de confirmación histológica.

### Diagnóstico diferencial

Incluye patología pulmonar primaria (carcinoma broncogénico, granuloma infeccioso, hamartoma), afectación de la pared torácica (tumor de Pancoast, metástasis) y procesos del mediastino superior (adenopatías reactivas o tumorales, quistes broncogénicos).

### Comentario final

Este caso ilustra cómo lesiones pulmonares potencialmente graves pueden pasar desapercibidas cuando las exploraciones se centran en un motivo recurrente de consulta. La evolución radiológica demuestra un crecimiento sostenido que, retrospectivamente, resultaba claramente patológico, lo que refuerza la importancia de revisar sistemáticamente toda imagen más allá del foco clínico principal.

### Bibliografía


- *Glandorf J, Vogel-Claussen J, et al. Incidental pulmonary nodules: current guidelines and management. Fortschr Röntgenstr. 2024;196:582-590.*


## 918/6. DOLOR TORÁCICO EN ADOLESCENTE DEPORTISTA: TOMA DE DECISIONES HASTA EL DIAGNÓSTICO DE MIOPERICARDITIS


### Autores:

*Ruiz Madrigal, M.[1], Farré, J.[2], Colomer, G.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona, (2) Especialista en Medicina de Emergencias Sanitarias. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Tecla-Llevant. Tarragona*


### Descripción del caso

Una adolescente de 15 años, deportista habitual, consulta por dolor torácico opresivo irradiado a brazo izquierdo tras entrenamiento intenso.

Desde el primer contacto, el médico identifica una clínica potencialmente sugestiva de origen cardíaco, lo que obliga a priorizar la exclusión de patología grave pese a la baja prevalencia de cardiopatía isquémica en esta franja etaria.

### Exploración y pruebas complementarias

Se solicitan ECG y troponinas ultrasensibles como parte del abordaje inicial. El ECG muestra elevación leve del punto J, sin criterios claros de isquemia regional. Las troponinas se encuentran elevadas (70 ng/L), con descenso progresivo en controles seriados, hallazgo que reduce la probabilidad de necrosis miocárdica isquémica y obliga al médico a reconsiderar la hipótesis diagnóstica inicial.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Persistiendo la duda clínica, el médico decide realizar una ecocardiografía, no con el objetivo de confirmar un diagnóstico concreto, sino como herramienta para guiar la toma de decisiones clínicas: valorar función ventricular, descartar alteraciones segmentarias sugestivas de isquemia y evidenciar posible compromiso pericárdico.

En el dolor torácico juvenil, la clave no es la prueba aislada, sino la decisión clínica basada en la integración de todos los datos.

### Diagnóstico diferencial

Ante esta presentación, el médico plantea un diagnóstico diferencial amplio, incluyendo síndrome coronario agudo, miocarditis/miopericarditis, pericarditis aguda y dolor musculoesquelético relacionado con el ejercicio.

### Comentario final

Este caso pone de relieve el papel central del razonamiento clínico del médico en el abordaje del dolor torácico en pacientes jóvenes. La ecocardiografía, utilizada como extensión del juicio clínico, permite reducir la incertidumbre diagnóstica y apoyar decisiones seguras, evitando tanto el infradiagnóstico como la sobreintervención en población de bajo riesgo.

### Bibliografía

- *Schöffl, I., et al. (2023). Myocarditis and sports in the young: MYKKE-Sport. Frontiers in Sports and Active Living, 5, 1197640.*
- *Yamagata, K. (2024). Return-to-play post-myocarditis for athletes. Diagnostics, 14(19), 2236.*
- *Kim, J. H., et al. (2025). Clinical considerations for sports participation in myocarditis/pericarditis. Circulation.*
- *Chua, G. T., et al. (2022). Medium-term outcomes of myocarditis and pericarditis in adolescents. Emerging Microbes & Infections, 11(1)*


## 918/7. ANEMIA FERROPÉNICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD CELÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Pons Villarta, I.[1], Hijazo, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mairena del Aljarafe-Ciudad Expo. Mairena del Aljarafe. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mairena del Aljarafe-Ciudad Expo. Mairena del Aljarafe. Sevilla*


### Descripción del caso

Varón de 42 años, sin antecedentes de interés, acude a Atención Primaria (AP) por astenia progresiva y disminución del rendimiento laboral de seis meses de evolución, sin fiebre ni pérdida ponderal referida; no consumo de tóxicos ni medicación habitual; motivo razonado de derivación: sospecha de causa orgánica de anemia no filiada para estudio etiológico

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración física anodina, índice de masa corporal 23 kg/m$^2$, tensión arterial 118/72 mmHg; analítica solicitada en AP muestra hemoglobina 10,8 g/dl, volumen corpuscular medio 72 fl, ferritina 6 ng/ml, hierro sérico 28 µg/dl, proteína C reactiva 0,4 mg/dl, bioquímica y función tiroidea normales; test de sangre oculta en heces negativo en tres determinaciones; ante anemia ferropénica sin causa evidente se amplía estudio desde AP solicitando anticuerpos antitransglutaminasa tisular IgA 186 U/ml con IgA total normal; se deriva a digestivo para confirmación diagnóstica.

Evolución: biopsia duodenal compatible con enfermedad celíaca Marsh 3b, iniciándose dieta sin gluten con seguimiento compartido AP-especializada; a los seis meses presenta normalización de hemoglobina 14,1 g/dl y ferritina 38 ng/ml con mejoría clínica completa.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Aemia ferropénica secundaria a malabsorción por enfermedad celíaca de inicio en edad adulta

### Diagnóstico diferencial

Pérdidas digestivas ocultas, anemia ferropénica por dieta insuficiente, anemia de procesos crónicos, talasemia minor.

### Comentario final

La anemia ferropénica en el adulto puede ser la única manifestación de enfermedad celíaca, y su abordaje sistemático en AP permite una orientación diagnóstica precoz, evitando retrasos y pruebas invasivas innecesarias, destacando el papel del médico de familia en el diagnóstico diferencial, la coordinación asistencial y el seguimiento longitudinal del paciente, cumpliéndose las normas éticas y de confidencialidad con consentimiento informado.


### Bibliografía

- *Ludvigsson JF, Leffler DA, Bai JC, Biagi F, Fasano A, Green PH, et al. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. Gut. 2013;62:43-52.*
- *Rubio-Tapia A, Hill ID, Kelly CP, Calderwood AH, Murray JA. ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease. Am J Gastroenterol. 2013;108:656-76.*


## 918/12. "CUANDO LA ÚLCERA NO DUELE: UN CASO DE SÍFILIS PRIMARIA"


### Autores:

*Toledano Fernández, D.[1], Suárez Sánchez, L.[2], Solís Montaño, A.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz*


### Descripción del caso

Paciente masculino de 28 años, sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes patológi-

cos que acude a consulta refiriendo que desde hace 3 días ha notado en la base del pene una lesión no dolorosa pero no le gusta su aspecto. Durante el interrogatorio nos señala que ha tenido relaciones sexuales con una chica hace aproximadamente 15 días, que no es su pareja, sin protección

## Exploración y pruebas complementarias

BEG , eupneico en reposo, TA: 120/80mmHg FC: 80lpm. Exploración genital se observa lesión ulcerada en la base del pene, redondeada, con bordes bien definidos sobreelevados, no supurativa, de base limpia. No se palpan adenomegalias. Resto del Examen físico sin alteraciones relevantes.

Exámenes complementarios

Hemograma: Hb 13.7g/dl Leucos 9040 N 5190 L 2810 Plaquetas 310000

Bioquímica Gluc: 83 Cr: 0.62 ColT:175mg/dl LDL 94mg/dl HDL 60mg/dl

Serología: Virus de inmunodeficiencia humana 1+2, Ac+Ag p24 negativo Virus de la hepatitis B (Agc), Ac negativo Virus de la hepatitis B, Ag s : Negativo, Virus de la hepatitis C, Ac: negativo , Sífilis VDRL 1:8, RPR 1:16, TPHA 1:1280

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Sífilis primaria

## Diagnóstico diferencial

Chancroide, Herpes genital, Linfogranuloma venéreo

## Comentario final

La sífilis primaria es una infección de transmisión sexual causada por Treponema pallidum se caracteriza principalmente por una úlcera indolora (chancro) en el sitio de inoculación. Saber reconocer sus síntomas en atención primaria es clave para su diagnóstico precoz, ya que su tratamiento con penicilina evita la progresión a fases secundarias y terciarias, previene complicaciones y permite intervenir en la cadena de transmisión.

## Bibliografía


- *Chevalier FJ, Bacon O, Johnson KA, Cohen SE. Syphilis. JAMA. 2025.*
- *Guía clínica de Sífilis - Fisterra [Internet]. Fisterra.com. [citado el 6 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/sifilis/*
- *Peeling RW, Mabey D, Chen XS, Garcia PJ. Syphilis. Lancet. 2023.*


# 918/13. SÍNDROME DE GITELMAN COMO CAUSA DE HIPOPOTASEMIA GRAVE EN ATENCION PRIMARIA


## Autores:

*Gonzalez Castrillo, L.[1], Fernández Martín, E.[2], Bravo Arrebola, I.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería*


## Descripción del caso

Varón de 34 años, en seguimiento compartido entre Atención Primaria y consultas externas de Nefrología del Hospital Universitario Poniente (Almería), con diagnóstico de síndrome de Gitelman desde 2007. Sin hábitos tóxicos ni antecedentes relevantes.

En noviembre de 2025, acude a urgencias con debilidad e hipotonia en musculatura cervical, con imposibilidad de leventar la cabeza. Tras anamnesis se objetiva abandono parcial del tratamiento, por problemas personales. Con posterior mejoría tras reintroducir tratamiento y consensuado en conjunto con nefrología

## Exploración y pruebas complementarias

Signos vitales: TA 116/68 mmHg FC 81lpm FR 16 rpm SatO2 97% sin O2 Tº 35,2ºC

Exploración destaca la hipotonia en región cervical, claudicación de brazo izquierdo resto aparente normal.

Analítica destaca: K 1,8 mEq/L Mg 1,99 mEq/L.

Mejorando tras tratamiento correctivo. K 2.7 mEq/L.

En la revisión consulta de atención primaria: Analítica se objetiva, potasio sérico de 2,71 mEq/L y magnesio de 1,95 mg/dL, con función renal conservada (creatinina 0,97 mg/dL; FG CKD-EPI 101 ml/min). No presenta proteinuria ni alteraciones en el sedimento urinario. Asociaba dislipemia (colesterol total 246 mg/dL, LDL 174 mg/dL). Las cifras de tensión arterial permanecían en rango y la exploración física anodino.

Desde Atención Primaria, se realiza seguimiento clínico y analítico periódico, control de tensión arterial, revisión de la adherencia al tratamiento y educación sanitaria. El manejo incluye suplementos de potasio y magnesio ajustados a tolerancia, espironolactona y recomendaciones dietéticas con restricción de sal. Se refuerza la necesidad de evitar fármacos nefrotóxicos,

especialmente AINEs, y de no modificar el tratamiento sin supervisión médica.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Tubulopatías

### Diagnóstico diferencial

Síndrome de Bartter, Uso de Diuréticos, Vómitos cronicos, hiperaldosteronismo primario, Síndrome de Liddle. Hipomagnesemia primaria

### Comentario final

El síndrome de Gitelman puede cursar con hipopotasemia grave, si no se mantiene una adecuada adherencia al tratamiento. El médico de familia desempeña un papel esencial en el seguimiento, educación del paciente y la detección precoz de alteraciones electrolíticas.

Destacar el papel de médico de atención primaria para el seguimiento de estas tubulopatías y la coordinación con Nefrología, que resulta clave para el ajuste terapéutico y la prevención de descompensaciones.

### Bibliografía


- *Blanchard A, Bockenhauer D, Bolignano D, et al. Gitelman syndrome: pathophysiology, diagnosis and management. Nat Rev Nephrol. 2017;13(9):555-564.*


## 918/17. ¡UN DIAGNÓSTICO INESPERADO!


### Autores:

*Ruiz Sánchez, M.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz*


### Descripción del caso

Varón de 53 años fumador que acude a consulta varios días seguidos por dolor en fístula perianal crónica a la espera de cirugía. Refiere pérdida de fuerza y parestesias en brazo izquierdo asociado a equimosis y cefalea temporal derecha desde hace unas horas.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, equimosis y petequias en tronco y extremidades.? Neurológico sin alteraciones salvo pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo. Analítica: hemoglobina 8,6 g/dL; plaquetas 1700/uL y 90% de blastos. TC cráneo: hematoma intraparenquimatoso en lóbulo parietal derecho con edema y ligero abombamiento contralateral de cisura interhemisférica. Tras manejo conservador, se produce deterioro neurológico por aumento de hemorragia y edema provocando hemiparesia izquierda, afasia y disfagia. Se realiza craniectomía descompresiva + colocación de sensor de presión intracraneal. Se describen signos de herniación cerebral e hipertensión craneal. Ecografía cráneo a pie de cama: resangrado e inversión del flujo diastólico en arteria cerebral media derecha. Evolución a midriasis bilateral arreactiva y pérdida de reflejos troncoencefálicos. Exitus.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Hemorragia intraparenquimatosa lóbulo parietal derecho y sospecha de leucemia mieloide aguda.

### Diagnóstico diferencial

Crisis comiciales, encefalopatías, migraña, lesión ocupante de espacio cerebral, otras leucemias, anemias aplásicas, etc.

### Comentario final

La Atención Primaria juega un papel clave en la detección precoz de signos de alarma y alteraciones hematológicas, permitiendo una derivación urgente que puede ser crucial ante patologías potencialmente graves como la leucemia aguda, cuyo debut puede manifestarse con complicaciones hemorrágicas severas como el ictus hemorrágico.

### Bibliografía


- *Felpete López P, Rodríguez Bouzada N, Castillo Sánchez J. Patología cerebrovascular aguda en Guía de actuación en Urgencias (5ª edición). Vázquez Lima y Casal Codesido (editores). Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2017:202-12.?*
- *Récher, C., & Huguet, F. (2024). Leucemia mieloide aguda. EMC-Tratado de Medicina,28(1), 1-11.?*


## 918/18. NO BAJES LA GUARDIA ANTE UNA LUMBALGIA CRÓNICA


### Autores:

*Fernandesa, A.[1], Perez Martinez, L.[2], Guzman Libreros, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Crevillent. Crevillent. Alicante, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aspe. Aspe. Alicante, (3) Espe-*

*cialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Crevillent. Crevillent. Alicante*

## Descripción del caso

Mujer de 65 años refiere lumbalgia desde hace 5 años con empeoramiento clínico en el último mes, irradiación a miembros inferiores e impotencia funcional.

Niega síndrome constitucional asociado.

Como antecedentes personales destacan distimia, hipertension arterial y obesidad tipo 3

## Exploración y pruebas complementarias

Apofisalgia L4-S1, lasegue negativo.

Radiografía lumbosacra: signos osteodegenerativos, sin otras alteraciones.

Resonancia magnética (RMN): posible síndrome linfoproliferativo. Estenosis del conducto espinal en L3-L4, L4-L5.

Analítica sanguínea: marzo/25: anodina. Noviembre/25: Leucocitos 72240, Neutrófilos 60890, Basófilos 3420, Monocitos 2540, Linfocitos 6700.

Frotis: 1-2 eritroblastos/ 100 leucocitos.

Inmunofenotipo: aumento de células blásticas. Predominio de población granulocítica, 42,3% de células inmaduras.

Panel genético: reordenamiento Bcr-Abl (p210/p190) t(9;22).

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Leucemia mieloide crónica. (LMC)

## Diagnóstico diferencial

Leucemia mieloide aguda.

Mielofibrosis primaria.

Leucocitosis reactiva.

## Comentario final

Se administra hidroxicarbamida e imatinib con buena respuesta. A los 2 meses de seguimiento presenta mejoría analítica con disminución de Leucocitos 16200, Neutrófilos 12400.

LMC es más frecuente en hombres de mediana edad, suele ser asintomático en el 40-50% de los pacientes y se detecta por hallazgo incidental en hemograma de rutina.

No es habitual como presentación clínica la lumbalgia y tampoco es la prueba de elección para el diagnóstico la RMN ya que esta se utiliza para descartar complicaciones o masas sólidas pero en este caso nos dio la sospecha clínica debido a infiltracion difusa con reemplazo de médula aunque el diagnóstico definitivo es citogenético.

En nuestra práctica clínica nos enfrentaremos a pacientes con lumbalgia crónica de características osteomecánicas, no debemos bajar la guardia y conformarnos con un diagnóstico simplista ya que en ocasiones puede haber otra causa subyacente, por lo que es importante una buena anmanesis, exploracion y pruebas complementarias.

Es fundamental la coordinación y el abordaje multidisciplinar (médico de familia, radiólogo, hematólogo...) para conseguir un diagnóstico y tratamiento idóneo.

## Bibliografía


- *Steegmann J, Casado L, Castellano P, et al. Manual para el control y el tratamiento de los pacientes con leucemia mieloide crónica. Edicion 2020. p.15-51.*
- *Redin Sarasola M.E., López Barba N. Muje de 41 años con lumbalgia crónica. Sociedad española de medicina de laboratorio. 2020-2021. Ed. Cont. Lab. Clin 48:46-58*


# 918/20. DOLOR ABDOMINAL Y PACIENTE CARDIÓPATA: A PROPÓSITO DE UN CASO.


## Autores:

*Cruz Iturrate, J.[1], Bernabéu Fuentes, Á.[1], Aceituno Aranda, S.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Bermejales. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Bermejales. Sevilla*


## Descripción del caso

Paciente de 62 años (portador de stent farmacoactivo por oclusión trombótica de arteria coronaria derecha hace 5 años) que acude a nuestra consulta en el centro de salud sobre las seis de la tarde con epigastralgia no irradiada acompañada de un par de episodios de vómitos y cortejo vegetativo importante, que se había iniciado tras la comida sobre las tres de la tarde. No refiere dolor torácico ni disnea. El paciente nos comen-

ta que cuando tuvo el infarto hace 5 años empezó con una sintomatología muy similar.

### Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, palidez cutánea, sudoroso y nauseoso, consciente y orientado. Estable hemodinámicamente con tensión arterial 160/90 mmHg y frecuencia a unos 70 latidos por minuto. Auscultación cardio- respiratoria dentro de la normalidad. Pulsos conservados. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a unos 70 latidos por minuto. Intervalo PR normal. QRS estrecho. No se objetivan desnivelaciones del ST. Se administró una cafinitrina sublingual y tras la no mejoría, se canalizaron 2 vías venosas periféricas con administración de metamizol y metoclopramida intravenosos. Mejoría parcial. Dados los antecedentes personales del paciente, se gestiona ambulancia de traslado y se deriva a hospital de referencia, donde en la analítica se objetiva hiperamilasemia y aumento de transaminasas.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Pancreatitis aguda

### Diagnóstico diferencial

- Síndrome coronario agudo
- Patología biliar
- Aneurisma aórtico

### Comentario final

El paciente finalmente fue ingresado en planta de Aparato Digestivo con diagnóstico de pancreatitis aguda de etiología litiásica, actualmente en espera de realización de colecistectomía reglada. El diagnóstico diferencial de las epigastralgias es muy amplio y en pacientes con antecedentes de síndrome coronario agudo siembre debemos sospechar esta etiología, pese a no haber dolor torácico acompañante. Tal y como nos enseña este caso, aunque el paciente sea cardiópata, no siempre será la causa cardíaca el origen de la epigastralgia y se deben barajar otros cuadros clínicos haciendo una exploración y pruebas complementarias pertinentes.

### Bibliografía


- *Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6º. ed. Elsevier; 2018.*
- *Pérez F, Arauz Valdes E. Pancreatitis Aguda: Articulo de Revisión . Rev Méd Cient [Internet]. 4 de octubre de 2020 [citado 14 de enero de 2026];33(1):67-88.*


## 918/28. DIPLOPÍA CON EXOTROPÍA: UNA MIRADA AL III PAR CRANEAL


### Autores:

*Sanchez Morgado, L.[1], Bernabéu Fuentes, Á.[2], Cruz Iturrate, J.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Bermejales. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Bermejales. Sevilla*


### Descripción del caso

Varón de 65 años sin antecedentes personales previos y sin controles habituales, que amanece con mareo e inestabilidad al caminar, la cual mejora con la oclusión ocular de ojo derecho (OD), acompañada de diplopía binocular súbita horizontal y visión borrosa en este mismo ojo. Niega debilidad a otros niveles, sin disartria o disfagia, no cefalea y no déficit sensitivo.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Alerta. Lenguaje fluente, no disartria. Exploración neurológica: Consciente, orientado. Glasgow 15. Pupilas isocóricas normo reactivas, con convergencia de la mirada pero con desviación temporal de ojo derecho en reposo con nistagmo vertical que se mantiene en todas las posiciones de la mirada, parálisis de la aducción de OD y sin déficit campimétrico por confrontación monocular. No alteraciones en otros pares craneales. Tándem imposible sin apoyo que no mejora con oclusión ocular. Analítica sanguínea sin alteraciones, PCR de 1. TAC de cráneo: lesiones isquémicas crónicas lacunares en hemisferio cerebeloso derecho y lenticular izquierdo, así como lesión cortical encefalomalácica frontal derecha. Doppler: ateromatosis difusa carotídea sin estenosis significativas. Acúmulos de pequeño tamaño de arteria cerebral media (ACM) izquierda sin repercusión hemodinámica. RM: estudio sin hallazgos que sugieran isquemia aguda. Lesiones isquémicas crónicas en región frontal derecha y territorio de arteria cerebelosa superior (SCA). LCR: sin alteraciones.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Mononeuropatía del III par craneal derecho por Microangiopatía.

### Diagnóstico diferencial

Se ha de realizar con aneurisma de la comunicante posterior por su urgencia vital, poco probable por mi-

driasis ausente, también descartar la lesión del seno cavernoso poco probable por ausencia de afectación de otros pares craneales o incluso descartar tumores intracraneales no evidenciados en pruebas de imagen.

### Comentario final

Dada la exploración neurológica del paciente en atención primaria (AP), se procedió a derivación urgente hospitalaria y con posterior seguimiento del paciente. Al alta, el paciente presentó evolución favorable, con mejoría de la diplopía y exotropía del ojo derecho. Tratamiento ambulatorio con Ácido Acetilsalicílico (AAS) y clopidogrel.

### Bibliografía

Núñez Jaldón ÁM, Bueno Mariscal CR, editores. Manual Clínico de Urgencias [Internet]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2020 [citado 2025 Nov 26]. Disponible en:

https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias/manual-clinico-de-urgencias/

Ropper AH, Samuels MA, Klein JP. Trastornos de los pares craneales. Vol. 19. Barcelona: Elsevier; 2021.

## 918/29. "UN ELEFANTE EN UNA CACHARRERIA" O ESO DECÍA MI ABUELA

### Autores:

*Prats Florez, D.[1], Rando Nagera, E.[2], Ortíz, D.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga*

### Descripción del caso

Mujer de 45 años, acude por dolor musculoesquelético generalizado desde la infancia, inicialmente interpretado como "dolores de crecimiento". Refiere subluxaciones frecuentes en articulaciones grandes y pequeñas, esguinces de repetición y limitación progresiva para actividades cotidianas y laborales. En los últimos años presenta fatiga intensa fluctuante, palpitaciones, mareos, intolerancia ortostática y presíncopes, con empeoramiento tras sobreesfuerzo físico o estrés. Refiere sueño no reparador y molestias gastrointestinales inespecíficas compatibles con síndrome de intestino irritable. Ha recibido valoraciones previas por dolor crónico y fibromialgia, sin diagnóstico integrador. No refiere antecedentes conocidos familiares.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Indice masa corporal 35. Piel final y extensible con estrías, paladar ojival y pápulas piezogénicas.

No presenta sinovitis ni inflamación articular, pero hipermovilidad marcada con subluxaciones provocada presentando dolor a la palpación difusa.

Se solicita densitometría y analítica básica con hierro, ferritina, vitamina D, B12 y tirotropina para completar estudio.

Se realiza ecocardiograma en consulta donde no se aprecian hallazgos relevantes asociados a su patología conectiva, únicamente objetivamos una insuficiencia mitral leve

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Síndrome hereditario del tejido conectivo hipermovil (hEDS), con cumplimiento de criterios diagnósticos de hEDS y afectación multisistémica.

### Diagnóstico diferencial

Fibromialgia primaria, síndrome de hiperlaxitud aislado;síndrome de fatiga crónica; espondiloartritis

### Comentario final

Ilustra la relevancia de reconocer patrones clínicos persistentes que suelen pasar inadvertidos durante años. La combinación de hiperlaxitud, dolor crónico y síntomas sistémicos obliga a pensar en hEDS más allá de diagnósticos fragmentados. Una valoración estructurada en Atención Primaria permite ofrecer una explicación coherente de la clínica, orientar pruebas razonables y evitar derivaciones repetidas. El manejo requiere educación, fortalecimiento progresivo, abordaje del dolor y coordinación con fisioterapia, rehabilitación y, si procede cardiología o digestivo.

### Bibliografía

- *Malfait F, Francomano C, Byers P, et al. The 2017 International Classification of the Ehlers–Danlos Syndromes. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2017;175(1):8-26.*
- *Tinkle BT, Castori M, Berglund B, et al. Hypermobile Ehlers–Danlos syndrome (a.k.a. Ehlers–Danlos syndrome Type III and Ehlers–Danlos syndrome hypermobility*

*type): Clinical description and natural history. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2017;175(1):48-69.*

- *Castori M. Ehlers–Danlos syndrome hypermobility type: An underdiagnosed hereditary connective tissue disorder with musculoskeletal implications. Clin Cases Miner Bone Metab. 2012;9(3):134-8.*

## 918/31. DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UN CASO DE CONJUNTIVITIS PERSISTENTE

### Autores:

*Canterla Rufino, M.[1], Martín De Argenta Sánchez, A.[2], Vegazo Lockhart, C.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aracena. Aracena. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aracena. Aracena. Huelva, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Jabugo. Jabugo. Huelva*

### Descripción del caso

Mujer de 24 años, sin antecedentes de interés, que acude a Atención Primaria por hiperemia conjuntival y secreción filamentosa en ojo izquierdo de varios meses de evolución. Niega dolor, fotofobia ni afectación visual. No ha realizado tratamiento previo. Niega viajes recientes al extranjero, contacto con animales ni relaciones sexuales de riesgo. En la consulta se aplica anestésico doble y se toma muestra con hisopo de la secreción y del fondo de saco conjuntival para estudio microbiológico. Se inicia tratamiento con eritromicina 5 mg/g en pomada oftálmica cada 8 h en ambos ojos, asociando solución oftálmica lubricante previa a la aplicación. A la semana se recibe el resultado del cultivo, aislándose Pseudomonas aeruginosa sensible a quinolonas. Ante la persistencia de la sintomatología se sustituye el tratamiento por ciprofloxacino 3 mg/ml en solución oftálmica, 2 gotas cada 4 h, con revisión a las 2 semanas, objetivándose resolución completa del cuadro clínico.

### Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se objetiva en ojo izquierdo hiperemia conjuntival, más marcada en fondos de saco, con secreción blanquecina móvil adherida a zona de intersección conjuntival bulbotarsal interna. El ojo derecho también presenta leve hiperemia conjuntival sin secreciones. En ambos ojos, pupilas isocóricas y normorreactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados y digitopresión correcta. La tinción con fluoresceína descarta úlceras corneales. No se palpan adenopatías regionales. El estudio microbiológico del exudado conjuntival no es concluyente. En el cultivo de la secreción se aísla Pseudomonas aeruginosa, sensible a quinolonas y resistente a algunos betalactámicos.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Conjuntivitis bacteriana crónica.

### Diagnóstico diferencial

Conjuntivitis vírica por adenovirus o herpes simple.

Conjuntivitis tóxico medicamentosa.

Conjuntivitis alérgica.

Conjuntivitis de origen inflamatorio o autoinmune.

### Comentario final

La conjuntivitis crónica constituye un reto diagnóstico, especialmente en pacientes jóvenes sin factores predisponentes evidentes. La detección de Pseudomonas aeruginosa, patógeno infrecuente en este contexto, subraya la necesidad de considerar microorganismos no habituales en conjuntivitis persistentes. Este caso ilustra la relevancia de una evaluación clínica sistemática, el seguimiento evolutivo y la realización de estudios microbiológicos por parte del médico de Atención Primaria, lo que resultó determinante para la resolución del proceso.

### Bibliografía

- *Salmon JF. Conjuntiva. En: Salmon JF, ed. Oftalmología clínica de Kanski. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2020. p. 168-200.*

## 918/33. DOLOR TORÁCICO: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO VS SÍNDROME DE TAKOTSUBO

### Autores:

*Bernabéu Fuentes, Á.[1], Aceituno Aranda, S.[2], Maristany Silva, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Bermejales. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Bermejales. Sevilla*

### Descripción del caso

Mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión y dislipemia, en tratamiento con enalapril, atorvastatina y omeprazol.

Acude al centro de salud tras presentar un episodio de dolor centrotorácico opresivo irradiado a espalda con cortejo vegetativo a primera hora de la mañana, que cede tras paracetamol. Se le realiza electrocardiograma (EKG) que muestra una elevación del ST en cara inferior y precordiales laterales, activándose código infarto.

A su llegada a hemodinámica la paciente está asintomática, aunque persisten cambios eléctricos. Se realiza coronariografía objetivándose estenosis severa en coronaria descendente anterior media, que se revasculariza pese a no identificarse como vaso culpable.

Analíticamente presenta elevación de troponinas y péptido natriurético (proBNP), con una función renal discretamente alterada que se normalizan en los siguientes controles. Evoluciona hemodinámicamente estable y sin dolor. En el último mes refirió un aumento de situación ansiosa con abundante componente emocional, siendo posible desencadenante.

Se establece el diagnóstico de síndrome de Takotsubo con presentación inicial simulando IAM con elevación del ST, asociando lesión coronaria concomitante en DA media.

## Exploración y pruebas complementarias

EKG: Ritmo sinusal a 80 lpm, PR 160 ms, QRS estrecho. Ascenso del ST cara inferior y de V3-6. Ausencia de ascenso en derivaciones derechas.

Ecocardiografía: Acinesia de segmentos medios y apicales con hipercontractilidad basal, fracción de eyección deprimida y gradiente dinámico severo en el tracto de salida del ventrículo izquierdo.

Analítica:

Destaca una Creatinina 1.56 mg/dL, resto de valores dentro de la normalidad.

- Troponina (TnI): 2597 ng/L
- proBNP: 11000 pg/mL

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Miocardiopatía de estrés (síndrome de Takotsubo)

## Diagnóstico diferencial

Infarto agudo de miocardio (IAM)

## Comentario final

El síndrome de Takotsubo es una miocardiopatía no isquémica que suele tener un desencadenante emocional y se presenta de forma típica como un cuadro de dolor torácico típico con alteraciones en el electrocardiograma que simulan un IAM.

No obstante, en la coronariografía no suele encontrarse un vaso causante, además de asociar una disociación TnI-BNP en las analíticas y el patrón ecocardiográfico descrito.

## Bibliografía


- *Jiménez Murillo L, editor. Medicina de urgencias y emergencias. 7.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2023.*
- *Núñez Jaldón ÁM, Bueno Mariscal CR, editores. Manual clínico de urgencias [Internet]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2020 [citado 2026 Ene 18]. Disponible en: https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias/manual-clinico-de-urgencias/*


# 918/34. LA ARTROSIS NO SIEMPRE TIENE LA CULPA


## Autores:

*Aceituno Aranda, S.[1], Maristany Silva, M.[1], Sanchez Morgado, L.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Bermejales. Sevilla*


## Descripción del caso

Mujer de 93 años con antecedentes personales de artrosis y diverticulitis, con controles periódicos por su médico de atención primaria, que consulta por debilidad en cintura escapular y pelviana de 2 semanas de evolución. Asociaba gonalgia derecha y rigidez matutina que le impedía el inicio del movimiento, mejorando levemente con analgésicos a lo largo del día y necesitando ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. Previamente independiente. Niega traumatismo.

## Exploración y pruebas complementarias

Limitación funcional severa, especialmente matutina, para la movilización activa de ambos miembros superiores. Pérdida de fuerza a nivel escapular. Dificultad para la incorporación desde el decúbito e imposibilidad para la flexo-extensión de rodilla derecha. No pérdida de sensibilidad ni otra sintomatología por aparatos. Exploración neurológica sin hallazgos. Múltiples Rx, objetivándose cambios degenerativos compatibles con artrosis. Analítica

completa con velocidad de sedimentación globular (VSG), factor reumatoide (FR) y proteina C reactiva (PCR), siendo la VSG de 50 mm/h, FR y PCR ambos negativos. Resto de valores analíticos y proteinograma sin hallazgos.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Polimialgia reumática (PMR)

### Diagnóstico diferencial

Se realizaría con artrosis, artritis reumatoide, arteritis de la temporal (con la que puede combinarse) y neoplasias, entre otros. Los valores analíticos y pruebas de imagen, las características del dolor y su evolución, la presencia de rigidez matutina sin síndrome constitucional y la respuesta a corticoides con posterior descenso de la VSG orientarían más a un diagnóstico de PMR.

### Comentario final

Descartado el brote de artrosis tras ausencia de respuesta a varios escalones analgésicos, y teniendo en cuenta el breve tiempo de evolución, las zonas afectadas, la ausencia de otra sintomatología acompañante y la elevación de marcadores analíticos como la VSG, se procedió a la instauración inicial de prednisona de 30 mg. Tras respuesta clínica favorable, se disminuyó a dosis mínima eficaz de mantenimiento. La paciente volvió a ser autónoma. Tanto las pruebas complementarias como la instauración de tratamiento y el control evolutivo de la paciente se hicieron desde atención primaria.

### Bibliografía


- *González Tobías D, Zamora Sánchez MV. Polimialgia reumática. Arteritis de Horton [Internet]. AMF - SEMFYC; 2019 Dic [citado 2026 Ene 18]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/polimialgia-reumatica-arteritis-de-horton*


## 918/35. DE UN CUADRO FEBRIL BANAL AL SHOCK SÉPTICO FULMINANTE: UNA RICKETTSIOSIS QUE NO SUPIMOS VER


### Autores:

*Delgado Bayona, L.[1], Argüello Suárez, C.[2], Domínguez Rodríguez, Y.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 40 años con antecedentes de esquizofrenia, residente en zona rural y conviviente con animales. Consulta en dos ocasiones en urgencias del centro de salud por fiebre elevada persistente (hasta 39 °C) de cuatro días de evolución y posterior aparición de exantema, siendo tratado de forma sintomática. No se identifica foco infeccioso ni se recoge antecedente epidemiológico relevante. Ante el empeoramiento clínico, acude a urgencias hospitalarias, donde refiere por primera vez antecedente de picadura en extremidad inferior derecha.

### Exploración y pruebas complementarias

En urgencias hospitalarias presenta rash petequial generalizado, hipotensión y alteraciones analíticas con neutrofilia, trombopenia, coagulopatía, elevación de LDH y discreta citólisis hepática. Ingresa en UCI por shock séptico grave, con hipotensión refractaria que precisa altas dosis de aminas, distrés respiratorio e isquemia distal severa en manos y pies. Los hemocultivos fueron negativos. Se realiza amplio estudio etiológico descartando zoonosis. La serología confirmó infección aguda por Rickettsia conorii (IgM e IgG positivas a títulos elevados).

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Shock séptico fulminante secundario a fiebre botonosa mediterránea por Rickettsia conorii, complicado con isquemia distal grave y amputación de dedos en extremidades superiores e inferiores.

### Diagnóstico diferencial

Sepsis meningocócica, leptospirosis, fiebre hemorrágica viral, endocarditis infecciosa, vasculitis sistémicas, sepsis bacteriana de origen desconocido.

### Comentario final

Este caso evidencia cómo una infección relativamente frecuente en nuestro medio puede evolucionar de forma catastrófica si no se reconoce precozmente. En Atención Primaria, la asociación de fiebre persistente y exantema debe considerarse una señal de alarma, incluso sin antecedente epidemiológico inicialmente referido. Una anamnesis dirigida y el inicio precoz de doxiciclina ante la sospecha clínica pueden evitar retrasos diagnósticos y secuelas irreversibles.

## Bibliografía

- *Cazallas Tarazaga J, Collazos González J. Infecciones por rickettsias. Medicine (Programa de Formación Médica Continuada Acreditado). 2002;8(66):3504-3511.*
- *Snowden J, Ladd M, King KC. Rickettsial infection. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [actualizado 2023 Jul 17].*


# 918/36. EL CUERPO HABLÓ, HUBO QUE ESCUCHARLO; SEGUIR, OBSERVAR Y ACERTAR: EL VALOR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.


## Autores:

*Sánchez Batanero, N.[1], García Vicente, S.[2], Segura Dominguez, N.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga*


## Descripción del caso

Mujer de 20 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, en tratamiento con isotretinoína oral, que consulta en Atención Primaria por alteraciones del ciclo menstrual en forma de baches amenorreicos de 2–3 meses, dismenorrea leve e hirsutismo progresivo.

En la exploración física inicial se objetiva obesidad e hirsutismo, sin otros hallazgos de interés. Se solicita analítica sanguínea básica, sin alteraciones significativas, y se inicia tratamiento con anticoncepción hormonal oral combinada.

## Exploración y pruebas complementarias

Durante el seguimiento longitudinal persisten el hirsutismo y la oligomenorrea, junto con un aumento progresivo de peso.

En la reevaluación clínica llaman la atención cambios fenotípicos progresivos, destacando facies redondeadas tipo “cara de luna llena”, giba cervicodorsal y estrías abdominales rojizas. Se solicita analítica ampliada, que muestra dislipemia y una discreta alteración del perfil hepático.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Ante la sospecha clínica de hipercortisolismo desde Atención Primaria, se deriva a Endocrinología. El estudio hormonal y las pruebas dinámicas confirman un hipercortisolismo ACTH-dependiente. Las pruebas de imagen complementarias muestran una hipófisis hiperfuncionante, orientando el diagnóstico hacia enfermedad de Cushing de origen central.

Se inicia tratamiento médico con ketoconazol y rosuvastatina, con buena tolerancia y una pérdida ponderal de 3 kg a los tres meses de seguimiento.

## Diagnóstico diferencial

Inicialmente se plantean como diagnósticos diferenciales el síndrome de ovario poliquístico, la obesidad exógena y los trastornos tiroideos, que son causas frecuentes de alteraciones menstruales e hiperandrogenismo en mujeres jóvenes.

## Comentario final

Este caso muestra la importancia del seguimiento longitudinal y de la exploración física repetida en Atención Primaria, que permiten identificar la evolución de signos clínicos que no siempre son evidentes en una primera valoración. La observación continuada fue clave para orientar la sospecha de una patología endocrinológica infrecuente. La Atención Primaria desempeña un papel fundamental como primer nivel asistencial en la detección precoz, orientación diagnóstica y seguimiento de procesos complejos.


## Bibliografía

- *Fassnacht M, Arlt W, Bancos I, Dralle H, Newell-Price J, Sahdev A, et al. European Society of Endocrinology (ESE) guideline update: management of adrenal incidentalomas. Eur J Endocrinol. 2023;188(1):G1–G29. doi:10.1530/EJE-22-0954.*
- *Baños-Guerrero LA, Chávez-López JL, Baque-Valdiviezo SC, Bucay Ati DJ. Síndrome de Cushing: diagnóstico y tratamiento. Recimundo. 2024;8(2):151-160. doi:10.26820/recimundo/8.2.151-160.*


# 918/37. DOCTORA, NO DEJA DE DOLERME EL ABDOMEN


## Autores:

*Plamenova Ilieva, B.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga*

## Descripción del caso

Acude a nuestra consulta un varón de 67 años con antecedentes de enfermedad renal crónica (ERC). El paciente refiere un dolor de un día de evolución a nivel abdominal y un episodio de vómitos de contenido alimentario.

Se solicita una analítica de sangre y se pauta tratamiento sintomático.

Vuelve a la semana por la misma sintomatología, asociando ahora también parestesias en miembros inferiores.

## Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se objetiva un dolor generalizado en abdomen, con punto de máximo dolor en fosa ilíaca izquierda, en auscultación cardiopulmonar se objetivan roncus diseminados, resto de exploración normal. En analítica destaca un sodio de 118 mmol/L.

Se envía al paciente a urgencias, donde objetivan una hiponatremia de 117 mmol/L. Inician tratamiento con suero fisiológico y analgésicos, cediendo el dolor abdominal, pero manteniendo la hiponatremia en 117-118 mmol/L. Solicitan una radiografía de tórax en la que aparece una masa a nivel hiliar derecho y un nódulo aislado en lóbulo superior izquierdo.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Hiponatremia grave probablemente secundaria a síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH).

Posible neoplasia pulmonar no conocida.

## Diagnóstico diferencial

Inicialmente se valoró el origen de la hiponatremia como por polidipsia, si bien el paciente bebía 1 L de agua diario, la hiponetremia se mantenía tanto con sueroterapia como sin la misma. No se presentaban signos clínicos de insuficiencia cardíaca, además, no presentaba alteraciones cardíacas en la radiografía de tórax.

Debido a que mantenía el volumen circulante eficaz, se planteó el origen en una SIADH o un hipotiroidismo, si bien en los análisis de atención primaria presentaba la hormona tiroidea en rangos de normalidad.

En cuanto a la masa pulmonar, se planteó una causa de tipo infeccioso inicialmente, pero el paciente negó cualquier clínica a nivel respiratorio, mantuvo unas constantes adecuadas y no llegó a hacer picos febriles. Además, se le solicitaron antígenos para los virus respiratorios más frecuentes, siendo negativos todos.

## Comentario final

Debemos tener en cuenta que algunas alteraciones iónicas pueden ser el primer síntoma de una patología tumoral.

## Bibliografía


- *Sandfeld-Paulsen B, Aggerholm-Pedersen N, Winther-Larsen A. Hyponatremia in lung cancer: Incidence and prognostic value in a Danish population-based cohort study. Lung Cancer [Internet]. 2021 [Consultado 2026];153:42–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.lungcan.2020.12.038*


# 918/38. EL VALOR DE LA LONGITUDINALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. ABSCESO ABDOMINAL CRÓNICO EXTERIORIZADO A PIEL SECUNDARIO A CUERPO EXTRAÑO INTRAABDOMINAL.


## Autores:

*Rodríguez Jiménez, C.[1], Reche Fernández, I.[2], Maculet Rey, A.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villanueva de Algaidas. Villanueva de Algaidas. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Mollina. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alameda. Alameda. Málaga*


## Descripción del caso

Varón de 73 años, seguido en Atención Primaria, con antecedentes de HTA, dislipemia, hiperuricemia, SAOS leve-moderado sin tolerancia a CPAP y ferropenia en estudio por Digestivo. Consulta inicialmente en mayo de 2025 por lesión indurada, eritematosa y caliente en pared abdominal, sin fiebre, compatible con absceso cutáneo.

## Exploración y pruebas complementarias

Anamnesis: evolución tórpida pese a múltiples pautas antibióticas y curas de enfermería.

Exploración: tumoración subcutánea de 2–6 cm, indurada, con supuración intermitente.

Pruebas complementarias: inicialmente no realizadas; ante persistencia del cuadro se deriva a Cirugía. TC abdominal evidencia trayecto inflamatorio desde piel a cavidad abdominal con colección y material radiodenso lineal compatible con cuerpo extraño.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Absceso intraabdominal exteriorizado a piel secundario a cuerpo extraño (probable hueso de pollo), con inflamación granulomatosa crónica.

### Diagnóstico diferencial

Quiste epidérmico infectado, absceso cutáneo complicado, neoplasia de partes blandas, absceso intraabdominal secundario a cuerpo extraño.

### Comentario final

Este caso subraya la importancia del médico de familia en la detección de signos de alarma, el manejo de la incertidumbre clínica y la continuidad asistencial ante lesiones cutáneas de evolución atípica. La falta de respuesta a tratamientos habituales debe hacer sospechar causas menos frecuentes, como cuerpos extraños intraabdominales. Aporta como novedad la presentación insidiosa y prolongada de un absceso abdominal crónico exteriorizado a piel. Abre líneas de mejora en el uso precoz de pruebas de imagen y refuerza el papel coordinador de Atención Primaria en procesos complejos.

### Bibliografía


- *Ricci G, Campisi N, Capuano G, De Vido L, Lazzaro L, Simonatto G, et al. Liver abscess and pseudotumoral gastric lesion caused by chicken bone perforation: laparoscopic management. Case Rep Surg. 2012;2012:791857. doi:10.1155/2012/791857. PMID:23198250.*
- *Riquoir C, Grasset Escobar E, Bellolio Roth F. Absceso periostomal secundario a perforación intestinal por cuerpo extraño: presentación de un caso. Rev Cir. 2021;73(2). doi:10.35687/s2452-45492021002803.*


## 918/39. EL LABERINTO DE LA INFLAMACIÓN: UN CASO COMPLEJO DE VASCULITIS GRANULOMATOSA


### Autores:

*Suárez Sánchez, L.[1], Toledano Fernández, D.[2], López Áviles, E.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz*


### Descripción del caso

Paciente de 48 años con Antecedentes Personales de Síndrome Ansioso Depresivo, que acude a consulta de atención primaria tras varias semanas con rinorrea , cefalea y malestar general donde es diagnosticado de sinusitis, para lo cual se le indica tratamiento antibiótico sin mejoría de la clínica, se le realiza exudado nasofaríngeo siendo negativo y se deriva a servicio de otorrinolaringología para valoración, en espera de la cita presentó un cuadro de epístaxis y hemoptisis acompañado de disnea, motivo por el cual acudió al Servicio de Urgencias.

### Exploración y pruebas complementarias

- Exploración: Aparato Respiratorio, murmullo vesicular conservado, no estertores a la auscultación, no tiraje.

Otoscopia: Ambos conductos auditivos externos permeables sin alteraciones.

- Radiografía de senos paranasales: Ocupación de seno maxilar derecho.
- Tomografía Axial Computarizada (TAC)de senos paranasales: Ocupación de celdillas mastoideas derechas, con erosión ósea de algunos tabiques de las celdillas mastoideas, en relación con mastoiditis. Mastoides izquierda y senos frontales libres. Ocupación parcial de ambos senos maxilares, observando un fino tabique en seno maxilar derecho e hipertrofia de cornetes.
- TAC de tórax: Nódulos pulmonares derechos, uno en lóbulo superior y tres en lóbulo inferior ,el mayor de ellos de unos 17 mm cavitado en correspondencia a nódulos de naturaleza infecciosa. No derrame pleural.
- Biopsia nasal: Mucosa nasal con cambios inflamatorios crónicos con numerosos eosinófilos con aisladas células gigantes multinucleadas , se evidencia granulomas y signos de vasculitis.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Vasculitis granulomatosis con poliangeitis.

## Diagnóstico diferencial

Poliangeitis Microscópica.

Granulomatosis Eosinofílica.

Sarcoidosis.

## Comentario final

La granulomatosis con poliangeitis (gpa), es una enfermedad autoinmune sistémica poco frecuente que provoca la inflamación de los vasos sanguíneos. Se debe sospechar de ella cuando hay síntomas combinados en vías respiratorias superiores que presenten una evolución tórpida, con afectación pulmonar y renal. El diagnóstico se apoya en anticuerpos c-anca positivos (pr3) y la confirmación siempre debe ser mediante biopsia. Actualmente el tratamiento de elección es rituximab induciendo la remisión, lo que conlleva a ser una enfermedad crónica controlable en algunos casos.

## Bibliografía


- *-british society for rheumatology (bsr): 2025 british society -eular recommendations for the management of anca-associated vasculitis: 2023- from head to toe: granulomatosis with polyangiitis.-bossuyt, x., cohen tervaert, j. w.,kronbichler, a., little, m.*


# 918/42. DOCTOR, ¿Y MI HEPARINA?

## Autores:


*Castaño González, A.[1], Martín López, S.[2], Jiménez Almenara, M.[3]*


## Centro de Trabajo:


*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla*


## Descripción del caso

- Antecedentes: HTA, Hipotiroidismo, Insuficiencia cardiaca con FEVI preservada.

Paciente de 81 años que acude a Urgencias por episodio brusco de disnea desde hace 3h asociado a cuadro presincopal acompañado de sensación vertiginosa y náuseas. Niega fiebre, no clínica catarral ni infecciosa, niega edemas en MMII ni dolor torácico ni otros síntomas por aparatos.

Añade que desde hace 3 semanas ha visto limitada su actividad diaria a vida cama-sillón por lumbalgia a raíz de una fractura vertebral. Desde entonces porta un corset y no se le ha prescrito anticoagulantes en todo este tiempo

Dado la reducción de la actividad de la paciente y que no ha estado anticoagulada, se deriva a Urgencias Hospitalarias para descartar un tromboembolismo pulmonar (TEP)

## Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente y orientada, Taquipneica en reposo a 30 rpm con saturación de 95% con gafas nasales a 3L, TA 115/78

- Exploración

ACP: Tonos rítmicos a 80 lpm, Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos

MMII: Sin edemas ni signos de impactación gemelar. Pulsos distales conservados

-Pruebas complementarias (Urgencias hospitalarias)

- *Analítica: leucocitos 10770, Hb 15,8, plaquetas 312000, INR 0.99 Dímero D 5339, glucosa 133, urea 36, Cr 0,57, Bb total 0,69, AST 43, Na+ 137, K+ 4,2, PCR 32,8 proBNP 193, TnI 5
- *Radiografía Torax: Indice cardiotoracico conservado, no condensaciones ni infiltrados, Senos costofrénicos sin alteraciones.
- *Resultados AngioTC

Estudio positivo para tromboembolismo pulmonar agudo por la existencia de extensos defectos de repleción acabalgados en las ramificaciones lobares de la arteria pulmonar derecha. No se identifican defectos repleción sobre arterias pulmonares izquierdas.

Calibre del tronco de la pulmonar de calibre conservado. Relación VD:VI normal. No signos radiológicos de sobrecarga de cavidades derechas.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Disnea de causa cardíaca vs sospecha de tromboembolismo pulmonar

## Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardíaca

Tromboembolismo pulmonar

### Comentario final

Aunque inicialmente la paciente no precisaba de tratamiento anticoagulante para su fractura vertebral, el hecho de pasar tanto tiempo encamada aumenta el riesgo de TEP y se hubiera prevenido este evento si se hubiera anticoagulado a la paciente hasta que volviese a su actividad habitual

### Bibliografía


- *Monreal M, de Miguel-Díez J, Jiménez D, Riambau V, Vidal G, Arcelus JI, et al. Consenso multidisciplinar para el manejo de la tromboembolia de pulmón. Arch Bronconeumol. 2022;58(6):432-444*


## 918/43. CODIGO ICTUS VS CRISIS COMICIAL COMO ACTUAR EN EL PRIMER CONTACTO Y TRATAMIENTO PREHOSPITALARIO


### Autores:

*de la Pava Bedoya, J.[1], de la Pava Bedoya, J.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga*


### Descripción del caso

Paciente de 67 años con antecedentes de HTA, DM tipo II, tabaquismo activo, cardiomiopatía isquémica, isquemia crónica de miembro inferior derecho, IABVD. Aviso P1 del centro coordinador a nuestro equipo DCCU, según familiares se encontraba asintomática hasta las 17:00 horas del mismo día donde notaban leve disartria y dificultad para finalizar frases. Alrededor de las 20:00 horas, su hermana la visita, encontrándole en el suelo de su domicilio, intentando levantarse, con mioclonías y emisión de sonidos incomprensibles; A nuestra valoración inicial, bajo nivel de conciencia, Glasgow 7 (O:4,V1:,M:2), pupilas midriáticas reactivas, Rankin 0, NIHSS 13, salivación abundante y relajación de esfínteres. Constantes vitales: TA: 210/109 mmHg, F.C: 85 lpm, SatO2: 90%. Sospechamos ICTUS Vs crisis comicial, ante la sospecha de estos diagnósticos, se administraron 10 mg de midazolam y 500 mg de levetiracetam, y se procedió al aislamiento de la vía aérea con protocolo de intubación rápida, se activó código ictus y se trasladó a la paciente al hospital regional, manteniendo monitorización continua de constantes y soporte vital básico hasta su llegada, con evolución inicial estable dentro de la gravedad.

### Exploración y pruebas complementarias

Constantes vitales: TA: 210/109 mmHg, F.C: 85 lpm, SatO2: 90%. ECG: Ritmo sinusal a 85 lpm, eje desviado a la izquierda, no trastornos de la repolarización. Regulares condiciones generales, con esfuerzo respiratorio, pálida, con sialorrea. Auscultación cardiopulmonar: campos pulmonares con murmullo vesicular conservado con crepitantes en ambas bases pulmonares. Ruidos cardiacos rítmicos. Abdomen globoso depresible. Extremidades edema grado1 en declive con leve fóvea, perfusión distal conservada. Neurológico: Estuporosa, GCS: 7 (O:4,V1:,M:2).

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Segun focalidad neurológica antecedentes cardiovasculares y constantes vitales realizamos una orientación diagnostica de Código ICTUS vs Crisis comicial

### Diagnóstico diferencial

ICTUS

Crisis comicial

### Comentario final

Como proceder al primer contacto con un paciente en quien sospechamos un Código ICTUS vs crisis comicial ya que según la clínica y los hallazgos iniciales podría confundirnos y hacer solo el manejo enfocado hacia un solo diagnostico

### Bibliografía


- *UpToDate. Initial assessment and management of acute stroke. Waltham, MA: Wolters Kluwer; 2025. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-management-of-acute-stroke*
- *UpToDate. Evaluation and management of the first seizure in adults. Waltham, MA: Wolters Kluwer; 2025. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-the-first-seizure-in-adults*


## 918/44. DISNEA: UNA VALORACIÓN INTEGRAL


### Autores:

*Fernández Gárate, M.[1], Moreno del Salto, A.[2], Peña Soler, R.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén,*

*(2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén*

## Descripción del caso

Paciente de 87 años con retraso mental que consulta por disnea a moderados esfuerzos de varios días de evolución y edemas en miembros inferiores a nivel maleolar. Refiere episodios de agitación a lo largo del día, especialmente al acudir al baño para orinar. Niega dolor torácico, palpitaciones, cortejo vegetativo u ortopnea. Afebril y con diuresis conservada.

Se solicita analítica y electrocardiograma, pautándose furosemida. Diez días después acude nuevamente por persistencia de la disnea y empeoramiento de los edemas. Se solicita radiografía de tórax ambulatoria con patrón intersticial, por lo que se deriva a Urgencias hospitalarias para gasometría arterial y valoración por Neumología.

## Exploración y pruebas complementarias

SatO2 91–92%. Tensión arterial 110/70 mmHg. Mucosa oral violácea y palidez cutánea. Orofaringe sin hallazgos.

Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales.

Edemas con fóvea pretibiales y maleolares.

ECG: ritmo sinusal a 61 lpm.

Analítica: hemoglobina 13,5 g/dL, triglicéridos 233 mg/dL, sodio 147 mEq/L, pro-BNP 60 pg/mL, CA 125 11 U/mL.

Radiografía de tórax: aumento difuso de la trama intersticial bilateral de predominio perihiliar y basal, sin consolidaciones ni derrame pleural.

Gasometría arterial: pH 7,43; pO2 58 mmHg; pCO2 46 mmHg; HCO3 29 mEq/L.

TAC torácico: bronquiectasias en lóbulo medio y, en menor grado, en bases pulmonares, con leve engrosamiento intersticial basal izquierdo.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Insuficiencia respiratoria secundaria a bronquiectasias en lóbulo medio y bases pulmonares.

## Diagnóstico diferencial

Anemia, Ansiedad, Insuficiencia cardíaca aguda, Valvulopatía, Tromboembolismo pulmonar, Infección respiratoria atípica, Edema pulmonar, Exacerbación de EPOC, Enfermedad pulmonar intersticial crónica.

## Comentario final

Este caso pone de manifiesto la importancia de una valoración integral del paciente anciano en atención primaria, especialmente en aquellos con limitaciones cognitivas, así como la necesidad de considerar patología respiratoria crónica como causa de disnea, incluso en presencia de signos clínicos inicialmente sugestivos de sobrecarga cardiaca. Asimismo, destaca el papel fundamental de la radiografía de tórax y la gasometría arterial en la orientación diagnóstica y en la toma de decisiones clínicas.

## Bibliografía


- *Harrison TR, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Fauci AS, Longo DL, et al. Harrison. Principios de medicina interna. 16ª ed. New York: McGraw-Hill; 2004.*
- *Rozman C, Cardellach F, editores. Farreras-Rozman. Medicina interna. 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.*


# 918/45. DEPÓSITOS CÁLCICOS EN TEJIDO BLANDO

## Autores:

*Carrasco Moreno, A.*[1]

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benamargosa. Benamargosa. Málaga*

## Descripción del caso

Mujer de 62 años, consulta por cuadro de 3 semanas de evolución de tumefacción y eritema en la base del primer dedo de la mano derecha, con placa amarillenta asociada y mínima supuración aislada en 1 ocasión, amarillenta. Ha recibido dos tandas de antibioterapia, sin mejoría. Refiere intervención quirúrgica previa en ese mismo dedo por infección secundaria a espina de cactus, hace unos 2 años. Antecedentes personales: reflujo gastroesofágico, no hiperuricemia.

## Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, se aprecia tumefacción, eritema y aumento de temperatura en falange proximal de primer dedo de mano derecha, zona palmar, con induración cutánea asociada y pequeña costra puntiforme en zona central, sin supuración. Movilidad y flexo-extensión conservadas, sin alteraciones a la oposición del pulgar. Vasculonervioso distal conservado.

Se solicita Radiografía de mano, donde se aprecian imágenes de densidad calcio, irregulares, en región de tejidos blandos, que abarcan desde falange proximal a distal, en zona palmar. Se solicita analítica de sangre con perfil de artritis y anticuerpos y se remite a medicina interna para estudio.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Depósitos cálcicos en tejidos blandos de mano derecha con etiología a filiar (calcinosis cutis).

### Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial, habría que incluir la gota tofácea crónica, calcinosis cutánea postinfecciosa, esclerosis sistémica, calcinosis tumoral y calcinosis iatrogénica, entre otros.

### Comentario final

Al acudir a consulta de medicina interna, la paciente también refirió en dicha consulta engrosamiento de dedos de años de evolución, dificultad al cierre de la mano y fenómeno de Raynaud ocasional, cumpliendo criterios de posible esclerosis sistémica, enfermedad en la que también encontramos presente la calcinosis cutis. La paciente se encuentra pendiente de resultados de pruebas complementarias solicitadas por medicina interna del hospital, para afinar más con la etiología del cuadro.

### Bibliografía


- *Calcinosis cutis: etiology and patient evaluation [Internet]. UpToDate; 2025 [cited 2026 Jan 8]. Available from: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/calcinosis-cutis-etiology-and-patient-evaluation*
- *Clinical manifestations and diagnosis of systemic sclerosis (scleroderma) in adults [Internet]. UpToDate; 2025 [cited 2026 Jan 8]. Available from: https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-systemic-sclerosis-scleroderma-in-adults*


## 918/46. ¡AYUDA...SIENTO UN NUDO EN EL PECHO!


### Autores:

*Moreno Valle, C.[1], Moreno Valle, P.[2], García Sánchez, F.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (2) Enfermera. Hospital Hc Marbella International. Marbella. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga*


### Descripción del caso

NAMC. Intolerancia al haloperidol.

HTA y dislipemia tratado con Enalapril y Simvastatina. Dos ingresos en Salud mental en 2019 y 2022 por episodio maniaco. No toma tratamiento psicofármaco en la actualidad. Intervenido de apendicectomía en 2009. Consumo diario de cannabis y alcohol. Fumador de 10 cigarrillos al día.

Hombre de 33 años acude a consulta porque refiere palpitaciones, dolor torácico opresivo y disnea en reposo de horas de evolución. Niega que el dolor se irradie e insiste en tener "un nudo en la garganta que no lo deja respirar". Refiere haber tenido episodios similares que han cedido con Diazepam 5mg.

### Exploración y pruebas complementarias

TA: 120/85, FC: 115 lpm, SatO2 98%. Aceptable estado general. Taquipnea en reposo. Consciente y orientado. ACP normal.

En el centro de salud se decide realizar un electrocardiograma en el que se visualiza una elevación del ST de V1 a V4.

Se rehistoria al paciente y refiere consumir cocaína desde hace seis meses.

Tras los hallazgos vistos en el electrocardiograma se decide llevar al paciente a la consulta de críticos y monitorizarlo . Se le administra AAS de 300 mg y nitroglicerina sublingual. Se avisa al DCCU para llevar al paciente a su hospital de referencia.

En urgencias del HUVV, se realiza una analítica que eleva troponinas y una radiografía de tórax normal. Además se realiza angioplastia primaria. Se encuentra una obstrucción de la descendente anterior. Se coloca un stent. Posteriormente, el paciente ingresa en UCI y en Cardiología.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

SCACEST

### Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad generalizada.

Intoxicación por cocaína.

SCACEST

### Comentario final

Un 2.5% de la población española en 2023 consume cocaína . El consumo de cocaína es la principal causa de IAM en menores de 40 años. La cocaína produce un aumento de trombos intravasculares y una aterosclerosis acelerada. Debemos pedir un ECG y una Radiografía de Tórax para descartar una disección de aorta. Debemos administrar una dosis de AAS 300 mg y valorar la doble antiagregación, como el ticagrelor.

### Bibliografía


- *García-Olea A, Elorriaga A, Arregui A, Mendoza P, Andrés A, Sáez R. Premature acute myocardial infarction with ST segment elevation: a cohort study in the 2012-2022 decade. Arch Cardiol Mex. 2023;93(4):442-450. English. doi: 10.24875/ACM.22000278. PMID: 37972359.*


## 918/48. "VAYA TOS MÁS TONTA"

### Autores:

*Mayo Caballero, M.[1], Argüello Suárez, C.[2], Berger Morrill, C.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrox. Torrox. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga*

### Descripción del caso

Mujer de 54 años, limpiadora en un colegio. Como antecedentes personales presenta secuela de polio infantil en miembro inferior izquierdo, trastorno ansioso. Fumadora ocasional.

Presenta tos irritativa, continua, que interrumpe el discurso desde hace 1 mes. No asocia odinofagia ni otalgia ni rinitis, no síntomas infecciosos, no dificultad para respirar, por las noches no empeora ni con el ejercicio físico. Acude varias veces a consulta de primaria sin mejoría de la tos tras múltiples tratamientos (azitromicina, antihistamínico, inhaladores, corticoides orales, inhibidor de la bomba de protones...) Radiografía de tórax a los dos meses del inicio sin hallazgos patológicos. Valorada por otorrinolaringólogo (ORL) privado con diagnóstico de espasmos de laringe, tratada con buscapina inhalada, sin mejoría.

Derivada a Neumología a los dos meses, pautan inhaladores y alta a su médico de familia, de nuevo, sin mejoría. Se deriva a ORL para estudio y a digestivo para gastroscopia.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, colaboradora. Eupneica.

Auscultación cardiopulmonar : rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado en ambos campos, sin ruidos patológicos asociados.

Radiografía de tórax a los 10 meses: índice cardiotorácico normal, masa parahiliar derecha. No pinzamiento de senos costodiafragmáticos.

TAC de tórax: Masa hiliar de 58 mm a valorar con contraste. Adenopatías en cadena paratraqueal inferior y superior derecha de 10 mm y subcarinal de 15 mm sospechosas.

Se realiza fibrobroncoscopia con toma de biopsia donde se concluye: Adenocarcinoma TTF1 y CK7 positivos.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Adenocarcinoma pulmonar T2b, N2, Mx EIIIb.

### Diagnóstico diferencial

Tabaquismo; sinusitis, goteo nasal posterior, laringitis; enfermedades de vía aérea: asma, bronquitis crónica, bronquiectasias, neumonías, TBC, tumores; procesos pleurales: pleuritis, neumotórax; enfermedades mediastínicas: neoplasias, adenopatías, aneurismas; enfermedades digestivas: Reflujo gastroesofágico, divertículo esofágico; fármacos; tos psicógena...

### Comentario final

La persistencia del síntoma y la continuidad asistencial en atención primaria fueron claves para alcanzar el diagnóstico, destacando la importancia de no banalizar síntomas comunes como la tos crónica.

### Bibliografía


- *Casado González S, Lenza Alonso C, Chocrón Bentata L. Tos crónica: Manejo en Atención Primaria. Medifam [Internet]. 2003;13(3). Disponible en: http://dx.doi.org/10.4321/s1131-57682003000300008*


## 918/49. UN VIAJE INOLVIDABLE

### Autores:

*Mayo Caballero, M.[1], Berger Morrill, C.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrox. Torrox. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga*


### Descripción del caso

Mujer de 40 años, natural de Alemania, está de vacaciones con su marido.

No tiene alergias medicamentosas, niega antecedentes personales de interés. Fumadora habitual de vaper, niega otros tóxicos. Acude a urgencias del centro de salud refiriendo cefalea intensa de inicio repentino mientras saltaba a la comba, dolor además cervical en lado derecho con otalgia referida, refiere además mareos y vómitos. En centro de salud se le pauta sulpirida 100 miligramos, metoclopramida 10 miligramos y diazepam 5 miligramos intramuscular, y ante la persistencia de síntomas se deriva a urgencias hospitalarias.

### Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente aunque tendente al sueño. Colaboradora.

Eupneica y afebril. Normohidratada y perfundida.

Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Exploración neurológica: Escala Glasgow 14, lenguaje algo bradipsiquico pero coherente, pupilas isocóricas normorreactivas. Pérdida de movilidad de la comisura bucal izquierda. Resto de pares craneales conservados. Fuerza de miembros inferiores y superiores conservada a contrarresistencia. Sensibilidad conservada. No dismetría. Romberg negativo.

Tac cráneo con contraste que evidencia Hemorragia subaracnoidea a nivel de cisternas de la base y surcos de hemisferio derecho que condicionan cierto efecto de masa con desviación de la línea media hacia la izquierda aproximadamente 6 mm y disminución del tamaño del ventrículo derecho. Buena diferenciación sustancia gris-blanca. Se completa con angio-TAC de Troncos supraaórticos y Polígono de Willis donde se observa imagen compatible con aneurisma de morfología bilobulada de aproximadamente 11,5 x 9 mm, localizado a nivel de la bifurcación de la Arteria Cerebral Media derecha. Sin otros hallazgos a destacar.

Analítica de sangre y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos agudos.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Hemorragia subaracnoidea aneurismática.

### Diagnóstico diferencial

Cefalea primaria, cefalea migrañosa, Vértigo periférico agudo, Neuralgia occipital, cervicalgia mecánica aguda, disección arterial cervical, meningitis, meningoencefalitis…

### Comentario final

La cefalea de inicio súbito desencadenada por esfuerzo debe considerarse un signo de alarma neurológico mayor. La sospecha clínica temprana y la derivación urgente son claves para mejorar el pronóstico.

### Bibliografía


- *Delgado-López PD, López-Martínez JL, Gero-Escapa M, Martín-Alonso J, Castaño-Blázquez M, Ossa-Echeverri S, et al. Hemorragia subaracnoidea aneurismática: resultados tras la introducción de la terapia endovascular en un centro de medio-bajo volumen. Neurocirugia (Astur). 2016;27(5):231-238. doi:10.1016/j.neucir.2016.01.005.*


## 918/50. ERITEMA NODOSO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD CELÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Serna Moreno, J.[1], Hurtado Leiva, E.[2], Fernández Baca Zavalla, D.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén*


### Descripción del caso

Paciente de 23 años en consulta de Atención Primaria (AP), asintomática, que consulta por aparición ¨de novo¨ de una lesión dolorosa y eritematosa en región pretibial. Niega traumatismo, picadura o herida. No presenta astenia, fiebre ni clínica digestiva. Sin alergias medicamentosas o hábitos tóxicos. Opositora. Antecedente de migraña.

### Exploración y pruebas complementarias

-Examen físico: Lesión eritematosa, inflamada y nodular en región tibial anterior, dolorosa y no pruriginosa.

Lesiones recurrentes, en diferentes zonas, que dejan hiperpigmentación leve. Resto de exploración anodina.

-Ecografía clínica (AP): imagen redondeada, bien delimitada, sin captación doppler. No impresiona de estructura vascular, sugerente de engrosamiento de partes blandas.

-Analítica (AP): hemograma, coagulación (incluido dímero d), bioquímica, ferritina, perfil tiroideo y urianálisis sin alteraciones. Deficiencia en ácido fólico.

-Rx tórax: normal.

-Analítica (Medicina Interna): PCR 3,7 mg/L, ferritina 19.1 ng/mL, transferrina 336 mg/dL, anticoagulante lúpico negativo, proteinograma normal sin componente M. Ac (IgG) antinucleares negativo, Ac (IgG e IgM) anti cardiolipina en rango, Ac (IgG) antimitocondriales negativos, Ac (IgG) anti citoplasma de neutrófilos negativo, Ac (IgA) anti endomisio positivo, Ac (IgA) anti transglutaminasa positivo, Factor reumatoide 13 UI/mL. Inmunoglobulinas A, G y M en rango, complemento C3 y C4 en rango. HLA-B51 negativo, anticuerpos anti brucella spp, coxiella burnetii y treponema pallidum negativos. Virus negativos excepto Ac IgG virus de Epstein-Barr.

-Biopsia Punch (anatomía patológica) tras interconsulta con Dermatología: hallazgos morfológicos sugestivos de eritema nodoso.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Sospecha de eritema nodoso, sin datos de enfermedad sistémica.

## Diagnóstico diferencial

Sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Behçet, vasculitis, infección estreptocócica o tuberculosa, fármacos (anticonceptivos orales).

## Comentario final

En consulta de AP iniciamos tratamiento corticoideo que la paciente no toma por posibles efectos secundarios. Paciente rechaza seguimiento en digestivo. En sucesivas consultas con medicina interna, las lesiones desaparecen pero aparece sintomatología digestiva (deposiciones diarreicas postpandriales). En consulta de AP recomendamos instaurar dieta sin gluten y la paciente presenta mejoría de la sintomatología digestiva y desaparición de lesiones cutáneas.

## Bibliografía


- *-Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. Guía para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad celíaca en Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2023*
- *-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo de diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Madrid: GuíaSalud; 2018.*


# 918/51. CUANDO EL ESTREÑIMIENTO ESCONDE UNA LITIASIS ERRANTE


## Autores:

*Maristany Silva, M.[1], Sanchez Morgado, L.[1], Cruz Iturrate, J.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Bermejales. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Bermejales. Sevilla*


## Descripción del caso

Varón de 63 años con antecedente de hernioplastia abdominal hace 3 años consulta varias veces durante dos semanas en urgencias de atención primaria por estreñimiento reciente. Niega dolor abdominal, vómitos, fiebre o pérdida de peso, así como hábito estreñido previo. Refiere sensación de masa rectal obstructiva, con dificultad para defecar, pero en tacto rectal presenta ampolla vacía, sin obstrucción palpable, con restos de heces y sangre roja fresca en el guante, derivándose a urgencias hospitalarias y posteriormente a consulta de Digestivo. Allí refiere que su esposa, auxiliar de enfermería, finalmente le extrajo manualmente del recto un cuerpo duro, redondeado y marrón, de tamaño similar a una ciruela, no compatible con fecaloma. ¿Qué proceso podría explicar este hallazgo en un paciente sin antecedentes digestivos?

## Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratado y perfundido. Abdomen blando, no doloroso, sin masas ni megalias, sin signos de peritonismo; Murphy y Blumberg negativos. Radiografía de abdomen y analítica sin alteraciones. El análisis del material extraído lo identifica como cálculo de colesterol, por lo que se realiza una ecografía abdominal donde se aprecian múltiples litiasis biliares y pequeñas imágenes hiperecogénicas intrahepáticas, algunas con sombra acústica, sugestivas de aerobilia o litiasis intrahepáticas.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Íleo biliar secundario a migración de cálculo a través de posible fístula colecistoduodenal.

## Diagnóstico diferencial

Cuerpo extraño rectal, bezoar, neoplasia colorrectal.

## Comentario final

La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal confirmó aerobilia y signos de fístula colecistoduodenal, apoyando el diagnóstico de íleo biliar con expulsión distal espontánea del cálculo. Este caso demuestra que síntomas frecuentes como el estreñimiento pueden reflejar patologías infrecuentes. La enseñanza principal es la importancia de explorar cuidadosamente, valorar hallazgos atípicos y considerar signos de alarma para un diagnóstico precoz.

## Bibliografía


- *Cortez J, Paredes V, Loaiza I. Reporte de caso clínico: Íleo Biliar. Revista UNIANDES de Ciencias de la Salud. 2025;7(2):1-7.*


# 918/52. CUANDO EL CANSANCIO NO ES BANAL: UN RETO DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA


## Autores:

*Candón García, A.[1], Pelayo Rubio, M.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz*


## Descripción del caso

Varón de 70 años, independiente, con antecedentes de hipertensión arterial y leucemia linfocítica crónica B, en tratamiento con R-venetoclax desde 2024. Consulta inicialmente en Atención Primaria por episodio presincopal acompañado de sudoración, vómito y deposición blanda aislada, seguido de decaimiento y somnolencia progresiva. La familia refiere desorientación episódica reciente, sin fiebre ni otra clínica. En la exploración no se objetivan signos de focalidad neurológica ni datos de infección activa, por lo que se indica vigilancia domiciliaria estrecha y criterios de reconsulta.

En los días posteriores presenta empeoramiento progresivo con desorientación, deterioro funcional, febrícula y episodio de relajación de esfínteres, motivo por el que vuelve a acudir y se deriva al servicio de urgencias hospitalarias.

## Exploración y pruebas complementarias

En Atención Primaria destaca exploración neurológica y radiografía de tórax normal, ECG sin alteraciones y constantes estables. En el ámbito hospitalario se realizan analítica, sistemático de orina, radiografía de tórax, ECG y TC craneal sin hallazgos agudos. Ante la progresión clínica y el contexto de inmunosupresión, se realiza punción lumbar, que muestra pleocitosis linfocitaria (37 leucocitos/µL, 99% mononucleares), glucorraquia y proteinorraquia normales. El panel microbiológico en LCR resulta negativo. EEG compatible con encefalopatía difusa. Evoluciona desfavorablemente con crisis epiléptica, precisando ingreso en UCI y ventilación mecánica.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Meningoencefalitis linfocitaria aguda de etiología no filiada en paciente inmunodeprimido por leucemia linfocítica crónica en tratamiento con venetoclax

## Diagnóstico diferencial

Encefalitis viral, infiltración meníngea por enfermedad hematológica, encefalitis autoinmune, encefalopatía tóxico-metabólica y encefalitis priónica.

## Comentario final

Este caso subraya el papel clave de la Atención Primaria en la detección precoz de signos neurológicos sutiles, el seguimiento estrecho y la derivación razonada. La evolución progresiva, pese a exploraciones iniciales anodinas, resalta la importancia de la continuidad asistencial y de mantener un alto índice de sospecha ante cambios neurológicos subagudos en este perfil de pacientes.

## Bibliografía


- *Granerod J, Ambrose HE, Davies NW, Clewley JP, Walsh AL, Morgan D, et al. Causes of encephalitis and differences in their clinical presentations in England: a multicentre, population-based prospective study. Lancet Infect Dis. diciembre de 2010;10(12):835-44*
- *2 Medina Rodríguez M, Gonzalez Oria C, Villar Fernandez EM. Síndrome confusional agudo [Internet]. Manuales Clínicos. 2020 [citado 19 de enero de 2026]. Disponible en: https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias/neurologia/sindrome-confusional-agudo/*

## 918/54. DOLOR TORÁCICO Y DISNEA EN PACIENTE ANCIANO: NO TODO ES CARDÍACO


### Autores:

*Pelayo Rubio, M.[1], Candón García, A.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz*


### Descripción del caso

Varón de 80 años independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Sin reacción alérgica medicamentosa. Antecedentes médicos: hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular paroxística, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y adenocarcinoma de próstata. Exfumador hace 1 año de 10 cigarros/día desde los 18 años. Tratamiento habitual múltiple, incluyendo ácido acetilsalicílico 100mg y anticoagulación con edoxaban 60mg, Acude a consulta no demorable de tarde del centro de salud por dolor hemitórax izquierdo tipo opresivo que comenzó hace 6 horas en reposo, asociando náuseas. Refiere, mejoría espontánea, persistiendo leve opresión torácica. Ha comenzado con disnea de esfuerzo y aumento de tos habitual con expectoración de menos de 24 horas de evolución. No fiebre. Niega episodios similares previos ni desencadenante claro.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, buena coloración de piel y mucosas, normoperfundido y normohidratado. Eupneico en reposo. Glasgow 15/15, consciente y orientado. Auscultación cardiopulmonar destaca disminución de murmullo vesicular en lado izquierdo. Miembros inferiores no edema, ni signos de trombosis venosa profunda. Constantes: tensión arterial 155/94. Frecuencia cardiaca a 90 latidos por minutos. Saturación basal de oxígeno 95% y afebril. Electrocardiograma sin hallazgos agudos relevantes. Radiografía de tórax se aprecia neumotórax izquierdo grande. Analítica (urgencias hospitalarias) con marcadores de daño miocárdico: sin alteraciones agudas significativas.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Neumotórax espontáneo secundario en paciente con EPOC

### Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar, neumonía, reagudización EPOC.

### Comentario final

El dolor torácico en el paciente anciano y pluripatológico supone un reto diagnóstico frecuente en Atención Primaria. Aunque la etiología cardiaca suele ser la primera sospecha, es fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial. La anamnesis dirigida y una exploración física cuidadosa, junto con el acceso a pruebas complementarias básicas, permiten un diagnóstico precoz y una derivación adecuada desde Atención Primaria.

### Bibliografía


- *Moreno Herrera CM, Vida Pérez M, Cerezo Madueño F, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Salvatierra Velázquez A. Neumotórax espontáneo. En: Montéro Pérez FJ, Jiménez Murillo L. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.U; 2023. P. 312-315.*


## 918/55. DOCTOR, NO PUEDO MÁS CON EL DOLOR ABDOMINAL: DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN


### Autores:

*Solís Montaño, A.[1], Suárez Sánchez, L.[1], Toledano Fernández, D.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz*


### Descripción del caso

Varón de 18 años, sin antecedentes de interés. Acude a su Médico de Familia en reiteradas ocasiones durante 8 meses por dolor epigástrico intenso irradiado a zona caudal, sin factores desencadenantes claros. Ante la persistencia del cuadro y la nula respuesta al tratamiento sintomático, se decide su derivación a Digestivo.

Estando a la espera de la cita especializada, el paciente presenta un incremento de la sintomatología con deposiciones líquidas, náuseas, vómitos postprandiales,

fiebre (>38ºC) y pérdida ponderal de 5 kg, por lo que acude al Servicio de Urgencias.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Buen estado general. Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, sin signos de defensa ni peritonismo. Tacto rectal normal.

Analítica: Destaca elevación de Proteína C Reactiva (PCR) en ascenso (43.8 a 73 mg/L) y anemia leve (Hb 12.6 g/dL). Bioquímica y anticuerpos antitransglutaminasa negativos.

Entero-RMN: Engrosamiento mural concéntrico de 8 mm en íleon terminal (segmento de 3 cm) con realce tras contraste y restricción de la difusión. Hallazgos sugerentes de enfermedad inflamatoria activa con estenosis asociada.

Colonoscopia: Úlceras fibrinadas en válvula ileocecal y mucosa eritematosa. Se objetiva estenosis en íleon terminal que dificulta el paso del endoscopio. Las biopsias confirman el proceso inflamatorio.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Cuadro clinico sugestivo de EII tipo Enfermedad de Crohn con afectación de íleo terminal

### Diagnóstico diferencial

Infección intestinal crónica, enfermedad celíaca, síndrome de intestino irritable, neoplasia intestinal, apendicitis crónica y tuberculosis intestinal.

### Comentario final

Este caso ilustra el papel crucial del Médico de Familia en la identificación de patología orgánica frente a procesos funcionales. Las consultas reiteradas por un mismo síntoma sin respuesta terapéutica deben considerarse un “signo de alarma” que obliga a reevaluar al paciente. La detección temprana de la pérdida de peso y la monitorización de reactantes de fase aguda son determinantes para acelerar la derivación y evitar que la progresión de la enfermedad derive en ingresos hospitalarios urgentes.

### Bibliografía


- Mendoza JL, Lana R, Taxonera C. Enfermedad de Crohn. En: Guía de Actuación en Atención Primaria. 6ª ed. Barcelona: semFYC; 2022.
- Gomollón F, et al. ECCO Guidelines on Crohn’s disease. J Crohns Colitis. 2017.


## 918/56. OMENTAL CAKE, A PROPÓSITO DE UN CASO.


### Autores:

*Peña Soler, R.[1], Fernández Gárate, M.[2], Moreno del Salto, A.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén*


### Descripción del caso

Hombre de 74 años con AP de HTA y dislipemia, consulta por dolor abdominal generalizado e inespecífico, se exacerba con la ingesta y no se modifica con cambios de posición. Afebril. No vómitos ni diarrea.

A las semanas acude de nuevo por no mejoría, refiere distensión y flatulencias en hipocondrio derecho irradiado a hipocondrio izquierdo. Apetito bien y peso estable. Hábito conservado con heces normales sin sangre.

### Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando y depresible, no doloroso ni distendido, sin irritación peritoneal.

En AP:

- Analítica general normal, incluido perfil hepatobiliar y SOH.
- ECO abdomen: Líquido libre intraabdominal a nivel perihepático, periesplénico y en ambas fosas ilíacas entre asas.
- Analítica tras ECO: Alfa-Fetoproteina 2, Antígeno carcinoembrionario 1654, CA 19.9 432.

Ante estos valores de deriva a Urgencias (debido a espera de 10 meses del carácter preferente) para contacto con Digestivo de guardia, que solicita desde consultas:

- TAC tórax y abdomen: Líquido libre e infiltración de grasa omental que aunque muestra densidad líquido, en su espesor hay alguna área de densidad más elevada, por lo que por su morfología y localización plantea un Omental Cake.
- EDA: Esófago y transición normales. Estómago con adecuada motilidad. Fundus, cuerpo y antro sin lesiones. Píloro y bulbo normales.
- Colonoscopia: Explorado hasta colon ascendente, sin lograr adentrarnos en ciego debido a un dolicocolon

que consume la totalidad de la longitud del endoscopio. A distancia, no se aprecian lesiones groseras en trayecto no explorado.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Elevación de marcadores tumorales en estudio, primario de origen desconocido. Imagen compatible con carcinomatosis peritoneal / Omental Cake.

## Diagnóstico diferencial

Omental Cake es un signo radiológico de infiltración del omento mayor, asociado principalmente a neoplasias, especialmente de:

1. Ovario (causa más descrita).
2. Colon.
3. Páncreas.
4. Estómago.
5. Endometrio.
6. Vejiga.

## Comentario final

En Digestivo: Pruebas de imagen sin hallazgos. Se intenta paracentesis pero no hay líquido libre ni punto donde extraer mínima cantidad. Se comentará con Radiología Intervencionista.

Ante síntomas abdominales inespecíficos persistentes, es clave el seguimiento en AP y la ampliación del estudio. La persistencia clínica permitió detectar hallazgos sugestivos de carcinomatosis peritoneal, justificando la derivación y estudio especializado.

## Bibliografía


- *Mamlouk MD, vanSonnenberg E, Shankar S, Silverman SG. Omental cake: unusual aetiologies and CT appearances. Insights Imaging. 2011 Aug;2(4):399-408*


# 918/58. ESPALDA JOVEN, DOLOR CRÓNICO


## Autores:

*García Vicente, S.[1], Sánchez Batanero, N.[2], Segura Dominguez, N.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga*


## Descripción del caso

Varón de 20 años, con una altura de 1,98 m y peso de 94 kg, jugador profesional de baloncesto. Consulta por dolor dorsal de 3 años de evolución, de características mecánicas, progresivo, con escasa respuesta a analgesia habitual. Refiere dolor persistente que no limita la actividad diaria, pero sí condiciona molestias durante la práctica deportiva, con una intensidad de 6/10 en la escala visual analógica (EVA).

No antecedentes traumáticos relevantes, clínica neurológica asociada ni síntomas sistémicos.

## Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Columna vertebral con discreta hipercifosis dorsal visible en bipedestación.
- Flexión anterior del tronco simétrica.
- Dolor leve a la palpación de apófisis espinosas dorsales medias.
- Exploración neurológica sin alteraciones.

PRUEBAS DE IMAGEN

- Radiografía dorsolumbar: aumento de la cifosis dorsal. Escoliosis dorsal izquierda.
- Resonancia magnética dorsal: Irregularidad de los platillos vertebrales desde D5-D6 hasta D11-D12, compatible con cambios osteocondrosicos. Acuñamiento vertebral anterior en varios cuerpos vertebrales dorsales. Sin alteraciones medulares ni lesiones óseas focales. Hallazgos compatibles con enfermedad de Scheuermann dorsal moderada, con hipercifosis estructurada y cambios degenerativos asociados, sin repercusión neurológica.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Dorsalgia mecánica crónica secundaria a enfermedad de Scheuermann dorsal en grado moderado, en deportista joven, sin afectación neurológica, con indicación de tratamiento ortopédico.

## Diagnóstico diferencial

Dorsalgia mecánica por sobrecarga deportiva.

Escoliosis idiopática del adolescente.

Hernia discal dorsal.

## Comentario final

La dorsalgia persistente en pacientes jóvenes debe ser valorada de forma longitudinal desde Atención Primaria, especialmente cuando el dolor progresa y no responde a medidas conservadoras habituales. La enfermedad de Scheuermann puede presentar distintos grados de severidad, y en los casos moderados como este, el tratamiento ortopédico mediante corsé, junto a ejercicio terapéutico, resulta fundamental para el control del dolor y la prevención de deformidades mayores. El papel del médico de Atención Primaria es clave en el seguimiento clínico, la educación del paciente y coordinación asistencial.

## Bibliografía


- *Scheuermann HW. Kyphosis dorsalis juvenilis. Ugeskr Laeger. 1921;82:385-393.*
- *2. Lowe TG. Scheuermann disease. J Bone Joint Surg Am. 1990;72(6):940-945.*
- *3. Sørensen KH. Scheuermann's juvenile kyphosis: clinical appearances, radiography, aetiology, and prognosis. Acta Orthop Scand. 1964;34:1-132.*
- *4. Murray PM, Weinstein SL, Spratt KF. The natural history and long-term follow-up of Scheuermann kyphosis. J Bone Joint Surg Am. 1993;75(2):236-248.*
- *5. Bezalel T, Carmeli E, Been E, Kalichman L. Scheuermann's disease: current diagnosis and treatment approach. J Back Musculoskelet Rehabil. 2014;27(4):383-390.*


# 918/59. EL VALOR DEL ELECTRO EN EL MOMENTO JUSTO


## Autores:

*García Vicente, S.[1], Sánchez Batanero, N.[2], Segura Dominguez, N.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Consul. Málaga*


## Descripción del caso

Varón de 42 años, sin antecedentes médicos de interés, fumador leve (5 cigarrillos/día) y deportista habitual, que consulta en Atención Primaria por episodios de palpitaciones de varios meses de evolución. En la valoración inicial se realiza un electrocardiograma (ECG) en situación basal, objetivándose un bloqueo auriculoventricular (BAV) de primer grado. El paciente se encontraba asintomático, sin limitación funcional, por lo que se decide seguimiento clínico.

Al no coincidir el registro electrocardiográfico con los episodios sintomáticos, se indica acudir al centro de salud durante la aparición de la clínica. Meses después consulta coincidiendo con palpitaciones intensas y leve mareo, realizándose un nuevo ECG que muestra un bloqueo auriculoventricular completo (BAV de tercer grado), con frecuencia ventricular de 32 lpm, sin compromiso hemodinámico. De forma intermitente, el ritmo alternaba espontáneamente con BAV de primer grado, siendo los episodios de bloqueo completo los que el paciente identificaba como sintomáticos.

Ante estos hallazgos se activa el sistema de emergencias, siendo trasladado al hospital, donde se decide implante de marcapasos definitivo, con evolución favorable.

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración física sin hallazgos patológicos y estabilidad hemodinámica.

ECG basal: ritmo sinusal con BAV de primer grado.

ECG durante la clínica: disociación auriculoventricular compatible con BAV completo.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

La correlación entre palpitaciones y BAV de alto grado documentado permitió identificar una causa potencialmente grave y establecer una actuación urgente, confirmando el valor diagnóstico del ECG realizado durante la sintomatología.

## Diagnóstico diferencial

Arritmias supraventriculares (fibrilación auricular, flutter, taquicardia supraventricular paroxística)

Extrasistolia auricular o ventricular.

Causas funcionales de palpitaciones (ansiedad, ejercicio, hipertonía vagal).

## Comentario final

Las palpitaciones son un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria y pueden corresponder tanto a entidades benignas como a arritmias potencialmente graves. Este caso subraya la necesidad de no banalizar este síntoma, incluso en pacientes jóvenes y activos, y resalta la importancia de realizar siempre un ECG, especialmente durante la clínica, como herramienta cla-

ve para el diagnóstico precoz y la toma de decisiones oportunas.

### Bibliografía


- *Kusumoto FM, et al. Circulation. 2019;140:e382-e482.*
- *2. Brignole M, et al. Eur Heart J. 2018;39:1883-1948.*
- *3. Bayés de Luna A. Electrocardiografía clínica. Elsevier; 2014.*


## 918/61. DESENMASCARANDO UNA CRISIS HIPERTENSIVA

### Autores:

*Rubio Polo, M.[1], Conde Ruiz, F.[2], Martos Luque, S.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vícar. Vícar. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería*

### Descripción del caso

Mujer, 43 años, sin alergias conocidas, Hipertensión Arterial (HTA) y dislipemia. Barrera idiomática. Acude por edemas en Miembros Inferiores (MMII), cifras de Presión Arterial (PA) elevadas y cefalea tras viaje, así como para renovar su mediación, que ha dejado de tomar en la última semana.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, leve palidez mucocutánea; auscultación cardiaca sin soplos con tonos rítmicos; auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado con crepitantes leves en bases; sin hallazgos patológicos; abdomen blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, doloroso a la palpación en epigastrio; edema bilateral en MMII con fóvea; PA 160/100 mmHg. Analítica sanguínea Hb 8,8 mg/dL, VSG 100 mm/h, Filtrado glomerular 60, índice albúmina/creatinina 4491 mg/g, creatinina 2,37 mg/dL, vitamina D 4 ng/mL, ácido úrico 9,2 mg/dL. Inmunohistoquímica Complemento C3 y C4 disminuidos, anticuerpos (AC) Anti-DNA positivos, AC lúpico positivos, AC ANA positivos. Sistemático de orina con proteinuria 300 mg/dL y hematuria. Rx de tórax con ligero derrame pleural sin más hallazgos.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

### Diagnóstico diferencial

Síndrome nefrótico vs crisis hipertensiva con afectación de órganos diana.

### Comentario final

Las revisiones y controles periódicos de patologías crónicas fue clave para la resolución y manejo de este caso, resaltando la importancia del seguimiento que se realiza desde atención primaria, permitiendo detectar signos de alarma y realizar las derivaciones adecuadas; que fueron al servicio de urgencias hospitalarias, por edemas que llegaban hasta las rodillas y que no respondían a furosemida, que dio lugar a un ingreso en nefrología por fracaso renal agudo. La coordinación entre especialidades y la correcta comunicación permitió una actuación rápida.

### Bibliografía


- *Wallace DJ, Gladman DD. Systemic lupus erythematosus in adults: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. UpToDate, Wolters Kluwer; 2025 [citado 18 ene 2026]. Disponible en: https://tinyurl.com/Lupus-UpToDate*


## 918/62. BENEFICIOS DEL ABANDONO DEL TABACO EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Autores:

*Sánchez Arco, M.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Torrenueva. Motril. Granada*

### Descripción del caso

Varón de 50 años Diabético, fumador un paquete al día con un ICAT de 20 cigarrillos, con diagnóstico de neumonía descamativa con acropaquia como única sintomatología asociada. Que tras abordaje de deshabituación tabáquica presenta mejoría en pruebas complementarias, pronóstico y calidad de vida.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, auscultación cardiopulmonar normal. Acropaquia.TA 127/83 mmHg. FC 81 Lpm. Saturación 95%

Espirometría: Capacidad vital forzada: 94%. Volumen espiratorio forzado en el primer segundo 94%. Difusión 49%, se interpreta como alteración aislada de la difusión con Espirometría normal.

Radiografía: parénquima pulmonar con posible patrón intersticial bilateral.

TAC Tórax: pulmones con imágenes de vidrio deslustrado de predominio basal y periférico.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Enfermedad pulmonar intersticial difusa. Neumonía descamativa.

### Diagnóstico diferencial

asma, bronquiectasias, bronquitis, neumonía, cáncer

### Comentario final

La neumonía descamativa es una enfermedad pulmonar intersticial poco frecuente, fuertemente asociada al tabaco, por lo que la medida más importante es el fomento del abandono del tabaco, herramienta que ha demostrado su efectividad, siendo el médico de familia eslabón fundamental como eje coordinador para abordaje integral del paciente.

### Bibliografía


- *-Gutiérrez R. Enfoque integral del tabaquismo en atención primaria. Semergen. 2025;:1-19.*
- *-Olano-Espinosa E. No hacer también en tabaco. Aten Primaria. 2016;48(7):493-499.*


## 918/63. DIARREA EN PACIENTE JOVEN: COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS.


### Autores:

*Huertas Romero, A.[1], Iglesias Almagro, M.[2], López Avendaño, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Mojonera. La Mojonera. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería*


### Descripción del caso

Varón de 35 años. Acude a consultas de su centro de salud por diarrea de repetición de 4 semanas de evolución, sin tratamiento. No hábitos tóxicos, ni enolismo. No tratamiento habitual. No intervenciones quirúrgicas previas ni enfermedades de base. Refiere mantener relaciones sexuales con hombres y reconoce prácticas sexuales de riesgo esporádicas. Poco frecuentador. Describe 6-8 deposiciones líquidas al día, algunas nocturnas, astenia, febrícula y pérdida de peso no cuantificada. En la exploración física destaca palidez de mucosas, leve deshidratación y dolor abdominal difuso, sin signos de abdomen agudo.

### Exploración y pruebas complementarias

Analítica destacando leucocitos 3.200/µl, sodio 132 mmol/l, potasio 3,4 mmol/l, función renal conservada y proteína C reactiva elevada (48 mg/l). Coprocultivo, estudio de parásitos en heces y toxina de Clostridioides difficile negativos, serologías para Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C y sífilis, pendientes.

Ante empeoramiento de la clínica, con aparición de deposiciones mucosanguinolentas, se deriva al servicio de urgencia hospitalarias, donde se confirma infección VHI+ mediante test rápido de VIH, con recuento de linfocitos CD24 bajo (120 células/µl).

Se realiza una tomografía computarizada abdominal donde se objetiva engrosamiento difuso del colon y se decide ingreso y valoración por aparato digestivo. Se realiza colonoscopia, objetivándose mucosa colónica edematosa con ulceraciones profundas.

Las biopsias muestran inclusiones típicas de citomegalovirus y la PCR para este en sangre es positiva, confirmándose el diagnóstico de colitis por citomegalovirus.

Comenzó ganciclovir intravenoso, soporte hidroelectrolítico, posterior inicio de tratamiento antirretroviral y seguimiento por Digestivo, Infecciosas y Atención Primaria.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Colitis por citomegalovirus en paciente con infección por VIH no conocida.

### Diagnóstico diferencial

Colitis infecciosa bacteriana o parasitaria, enfermedad inflamatoria intestinal e infecciones oportunistas como citomegalovirus o Cryptosporidium spp.

### Comentario final

Resaltar el papel del médico de familia en la sospecha precoz de infección por VIH ante diarrea crónica, síntomas sistémicos y presencia de factores de riesgo. La solicitud temprana de serología VIH en Atención Primaria facilita el diagnóstico precoz y el abordaje integral y coordinado del paciente.

## Bibliografía

- *Garcés Molina FJ, Royo García A, Hernández Pérez G, et al. Diarrea por citomegalovirus (CMV) como primera manifestación de sida. An med interna 2000;17:31-2.*


# 918/64. DOCTORA . ¡¿ES QUE NUNCA SE ME VA A QUITAR LA FIEBRE?! ¡LLEVO 5 AÑOS YA!


## Autores:

*Iglesias Almagro, M.[1], Huertas Romero, A.[2], Pérez Sánchez, S.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Mojonera. La Mojonera. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería*


## Descripción del caso

Mujer de 72 años, exfumadora, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipertensión arterial. Consulta hace 5 años por fiebre intermitente y vespertina (37,5–38 ºC) de 15 días de evolución, sin respuesta a antitérmicos y sin clínica infecciosa. Un año antes del diagnóstico, la paciente reconsulta por persistencia del patrón febril. Durante ese tiempo había acudido repetidamente a urgencias, recibiendo antibióticos sin mejoría. Persistía la ausencia de foco infeccioso. Se derivó a Medicina Interna para estudio de fiebre sin foco, realizándose ingreso programado sin hallarse diagnóstico. En la revisión programada en Atención Primaria, la paciente refiere empeoramiento clínico con cefalea hemicraneal izquierda, alteraciones visuales, claudicación mandibular y omalgia izquierda intensa. Ante la alta sospecha de arteritis de la temporal con alteración visual y polimialgia reumática, se inició corticoterapia urgente y se derivó a Medicina Interna, confirmándose el diagnóstico mediante biopsia de arteria temporal.

## Exploración y pruebas complementarias

1º consulta: exploración anodina. Radiografía de tórax sin hallazgos. Analítica: proteína C reactiva (PCR) 2,88 mg/dL. 2º consulta: exploración sin hallazgos. Las pruebas mostraron PCR 12,03 mg/dL, velocidad de sedimentación glomerular (VSG) 34 mm/H, anemia normocítica normocrómica y Mantoux 0 mm. 3º consulta: en la exploración destacaba hipersensibilidad temporoparietal izquierda, dolor y rigidez de hombro izquierdo y déficit de campo visual periférico. Analítica: PCR 24,12 mg/dL, fosfatasa alcalina 185 U/L, anemia normocítica normocrómica y trombocitosis.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Arteritis de la temporal y polimialgia reumática.

## Diagnóstico diferencial

Neoplasias ocultas, menos probable por el tiempo de evolución y ausencia de signos de alarma. Enfermedades infecciosas, aunque sería más raro por serologías negativas, ausencia de ambiente epidemiológico y de clínica infecciosa. Otras enfermedades autoinmunes o inflamatorias, siendo el principal diagnóstico diferencial por similitud de patrón clínico y analítico.

## Comentario final

La arteritis de la temporal puede debutar como fiebre sin foco durante años, siendo importante una vigilancia estrecha. La Atención Primaria resulta clave para realizar un seguimiento longitudinal de los pacientes, permitiendo así una correcta actuación.


## Bibliografía

- *Villa-Forte A. Arteritis de células gigantes [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2024 [citado el 19 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquelético-y-conectivo/vasculitis/arteritis-de-células-gigantes?ruleredirectid=756*


# 918/65. DOLOR TORÁCICO A RAÍZ DE UN CUADRO CATARRAL


## Autores:

*García Rodríguez, J.[1], Gonzalez Castrillo, L.[2], López García, M.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería*


## Descripción del caso

Varón de 29 años, sin antecedentes de interés, acude a consulta por dolor centro-torácico opresivo, continuo y sin relación con el movimiento, que lo ha despertado

esta madrugada. Dolor sin irradiación ni cortejo vegetativo. Niega episodios previos similares ni aumento del dolor con la actividad física. El dolor mejora al inclinarse. Comenta cuadro catarral hace 10 días. Desde consulta realizamos ECG sin alteraciones relevantes y una RX de tórax que descarta presencia de infiltrados pulmonares. Ante estos hallazgos y la clínica del paciente sospechamos de pericarditis, pautamos AINES y se decide derivación urgente a Urgencias Hospitalarias para completar estudios.

## Exploración y pruebas complementarias

Estable hemo-dinámicamente (HD). Auscultación cardio-respiratoria: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado. RX tórax: ICT <50%, senos costofrénicos libres y sin condensaciones o infiltrados. ECG: ritmo sinusal a 65 lpm, PR normal, eje normal, QRS estrecho sin alteraciones de la repolarización precoz. Analística sanguínea: PCR 2.31 mg/dL, Troponina I: 4670 pg/mL, Leucocitos 6300 µL, resto de parámetros en rango. Seriación enzimática de Troponinas: 4670 pg/mL, 5370 pg/mL, 4947 pg/mL y 1539 pg/mL. Se realiza ecocardiografía sin hallazgos de interés. PCR respiratoria: negativa.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Mio-pericarditis tras síndrome catarral

## Diagnóstico diferencial

Pericarditis VS Síndrome coronario agudo (SCA). La pericarditis cursa con dolor torácico agudo, punzante, sin cortejo vegetativo, y en ocasiones relacionado con infección viral reciente. El SCA cursa con dolor torácico opresivo, cortejo vegetativo e irradiación a cuello/mandíbula.

## Comentario final

Ante los hallazgos en PPCC se ingresó en Unidad de Cuidados intensivos (UCI), ante sospecha de mio-pericarditis, elevación de troponinas, sin cardiopatía estructural. Durante su ingreso iniciaron tratamiento con Colchicina e Ibuprofeno. Tras inicio de tratamiento, no hay recurrencias del dolor y se procede al alta con seguimiento y pendiente de RMN para completar estudio. La miocarditis, una entidad que puede presentarse con manifestaciones clínicas inespecíficas y puede dificultar el diagnóstico o incluso pasar desapercibida. No olvidemos que la causa más frecuente de miocarditis es vírica, aunque existan otras como reacciones a fármacos o autoinmunidad.

## Bibliografía


- *Cremer PC, Klein AL, Imazio M. Diagnosis, Risk Stratification, and Treatment of Pericarditis: A Review. JAMA. 2024 Oct 1;332(13):1090-1100. doi: 10.1001/jama.2024.12935. PMID: 39235771.*


# 918/67. ME PICA TODO EL CUERPO DESPUES DE DUCHARME


## Autores:

*Hernández Ramasco, A.[1], López García, M.[2], Borrego Palenzuela, R.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería*


## Descripción del caso

Mujer de 62 años, sin alergias medicamentosas, ni antecedentes de interés, que acude por prurito generalizado después de ducharse, desde hace 4 años. Niega fiebre o síndrome constitucional.

## Exploración y pruebas complementarias

Tensión Arterial (TA): 150/100 mm de Hg, nerviosa en la entrevista, no lesiones cutáneas, no sinovitis, abdomen y extremidades normales. Analítica monocitos 2.370 µL, molecular JAK2 positivo, EPO 0,3 UI/mL, informe de Anatomía Patológica (AP): Neoplasia Mieloproliferativa Crónica compatible con Policitemia Vera (PV).

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Policitemia Vera.

## Diagnóstico diferencial

Prurito somatomorfo Vs Prurito aquagénico Vs PV. En primera instancia se sospechó de prurito somatomorfo Vs prurito aquagénico, por lo que se derivó a inmunología para pruebas de alergia cutáneas (negativas), pero valorada analítica posterior con monocitosis de 2.370 µL, se sospechó de PV por lo que se derivó a hematología, dónde tras estudio molecular y biopsia de Médula Ósea (MO), se diagnosticó a la paciente de PV.

## Comentario final

Paciente que acude a consulta de atención primaria por prurito desde hace 4 años tras ducharse. Se solicitó analítica completa sin hallazgos, posteriormente la paciente fue derivada a inmunología, para pruebas de alergia cutáneas (negativas). Se solicitó otra analítica completa con monocitosis de 2.370 µL, por lo que la paciente fue derivada hematología, dónde tras analítica sanguínea, molecular y biopsia de MO fue diagnosticada de PV y finalmente es tratada con ruxolitinib, sangrías y controles por hematología.

## Bibliografía


- *Tremblay D, Kremyanskaya M, Mascarenhas J, Hoffman R. Diagnosis and Treatment of Polycythemia Vera: A Review. Jama. 2025;333(2):153-160. doi:10.1001/jama.2024.20377; Rupert J, Honeycutt JD. Pruritus: Diagnosis and Management. American Family Physician. 2022;105(1):55-64.*


# 918/69. ARAÑAZO DE GATO CALLEJERO: SORPRESA BACTERIANA


## Autores:

*Martín López, S.[1], López Gómez, J.[2], Castaño González, A.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla*


## Descripción del caso

Paciente de 72 años. No RAMC. No hábitos tóxicos. Diverticulosis de colon. Acude a Urgencias por cefalea occipital y cervicalgia de horas de evolución, asociado a febrícula de hasta 37.5ºC. Realizó toma tensional en domicilio, con cifras en torno a 70/50 mmHg. Además, presenta dolor abdominal y náuseas, sin vómitos y con deposiciones normales. Niega otra clínica acompañante. Por otra parte, nos comenta que presenta mordedura de gato callejero en el tobillo izquierdo hace 2 días.

## Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada. Subictericia conjuntival. Febrícula de 37.3ºC. Tensión arterial 75/52 mmHg. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal sin hallazgos. Exploración neurológica normal. Presenta varias lesiones de mordedura y arañazo en tobillo izquierdo, sin celulitis acompañante ni signos de linfangitis.

- Hemograma: leucocitos 13240 (neutrófilos 12780), resto en rango.
- Coagulación: en rango.
- Bioquímica: glucosa 159 mg/dL , bilirrubina total 3.28 mg/dL (directa 1.02 mg/dL, indirecta 1.26 mg/dL), gammaglutamiltrasferasa 540 mg/dL, aspartato transaminasa 1273, alanina transaminasa 972, fosfatasa alcalina 229. Proteína C reactiva 17.3.
- Ecografía abdominal: hígado con focos hiperecogénicos en probable relación con granulomas. Vesícula con barro biliar y litiasis. Riñones con presencia de quistes corticales bilaterales.
- Serología Rickettsias, Bartonella, Leptospira, virus hepatotropos, Coxiella, Epstein-Barr y Citomegalovirus negativa.
- Cultivo de la herida: se aísla Pasteurella multocida.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

- Infección de herida por mordedura de gato.
- Hepatitis colestásica.

## Diagnóstico diferencial

- Enfermedad por arañazo de gato.
- Síndrome mononucleósico.
- Hepatitis aguda vírica.

## Comentario final

Aunque en un principio se podría orientar como una enfermedad por arañazo de gato, debido a que la paciente acogió en su domicilio un gato callejero que no estaba debidamente vacunado, finalmente resultó negativo el estudio para Bartonella Henselae, la bacteria que causa esta enfermedad. Se planteó tratamiento con Doxiciclina de forma empírica ante el resultado positivo para Pasteurella Multocida, respondiendo adecuadamente a ella. Asimismo, se vacunó a la paciente contra el tétanos, revisando previamente la política de vacunas con respecto a las mordeduras de animales.

## Bibliografía


- *Piorunek M. Pasteurella Multocida Infection in Humans. Pathogens. 2023;12(10):1210. doi:10.3390/pathogens12101210.*

- Pasteurella multocida infection: a differential retrospective study of 482 cases. BMC Infectious Diseases. 2025;25:10711-1


## 918/70. MAREO PERSISTENTE SIN GIRO DE OBJETOS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MENINGIOMA ATÍPICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.


### Autores:

*Camacaro Irima, C.[1], López Oliver, M.[1], Robles Martín, J.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Centro de Salud Ogíjares*


### Descripción del caso

Varón de 49 años, exfumador, sin antecedentes de interés, que consultó en Atención Primaria por mareo de 2 semanas de evolución sin sensación de giro, asociado a torpeza al caminar y cervicalgia, sin náuseas ni vómitos. Se pautó tratamiento sintomático sin mejoría y reconsultó a las 3 semanas por persistencia y signos de alarma referidos: desviación hacia la derecha al caminar y dificultad para calcular distancias al coger objetos.

### Exploración y pruebas complementarias

Constantes normales y exploración neurológica sin focalidad objetiva (pares craneales conservados, fuerza y sensibilidad preservadas, Romberg negativo). Ante la discordancia síntoma-exploración se solicitó tomografía computarizada (TC) craneal preferente e indicación de acudir a urgencias si empeoraba. En urgencias: electrocardiograma y analítica sin hallazgos; la TC craneal mostró lesión frontal izquierda de 58×44×37 mm con efecto masa y herniación subfacial. Se administró dexametasona y se derivó a Neurocirugía para ingreso.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Mareo no compatible con vértigo periférico típico, con sospecha de patología central subaguda.

### Diagnóstico diferencial

Vértigo periférico, neuritis vestibular, inestabilidad cervical, accidente isquémico transitorio, ictus subagudo y lesión ocupante de espacio.

### Comentario final

El caso resalta la importancia de reconocer mareo persistente sin giro y alteración de la marcha como señales de alarma en Atención Primaria. La TC preferente y la derivación razonada permitieron un diagnóstico precoz. La resonancia magnética confirmó meningioma de convexidad parietal izquierda; se realizó resección Simpson I, con reintervención por hematoma postquirúrgico. Anatomía patológica: meningioma atípico grado 2. Seguimiento en Atención Primaria con evolución favorable.

### Bibliografía


- *Goldbrunner R, Stavrinou P, Jenkinson MD, Sahm F, Mawrin C, Weber DC, et al. EANO guideline on the diagnosis and management of meningiomas. Neuro Oncol. 2021;23(11):1821-34. 2. Kerber KA, Baloh RW. The evaluation of a patient with dizziness. Neurol Clin. 2015;33(3):675-95.*


## 918/73. CHLAMYDIA OCULTA: SÍNTOMAS UROGENITALES PERSISTENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Ramos Simancas, P.[1], Barrios Rios, C.[2], Leiva Pino, J.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga*


### Descripción del caso

Mujer de 26 años, atendida en Atención Primaria desde 2021 por episodios recurrentes de disuria, tenesmo vesical, polaquiuria, prurito vaginal y leucorrea. Durante este período, realizó múltiples consultas, recibiendo tratamientos empíricos para infección urinaria y vaginosis, con mejoría parcial y recidivas frecuentes. La paciente fue derivada a Ginecología, donde se realizó ecografía transvaginal y exploración ginecológica sin hallazgos patológicos, siendo dada de alta.

A pesar de la repetición de los síntomas, las pruebas convencionales realizadas en Atención Primaria (urocultivos, exudados vaginales y analíticas) resultaron normales de forma reiterada, lo que generó incertidumbre diagnóstica. En el contexto de atención longitudinal, antecedentes de riesgo sexual y clínica persistente, desde Atención Primaria se decidió ampliar el estudio.

## Exploración y pruebas complementarias

Las exploraciones ginecológicas fueron normales. Se realizaron múltiples combur test con leucocituria ocasional, urocultivos y exudados vaginales sin crecimiento patológico. En mayo de 2024 se solicitó PCR para infecciones de transmisión sexual en exudado vaginal, accesible desde Atención Primaria, con resultado positivo para Chlamydia trachomatis.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Infección genital por Chlamydia trachomatis con clínica urogenital persistente y pruebas convencionales negativas.

## Diagnóstico diferencial

Infección urinaria recurrente, vaginosis bacteriana, candidiasis vulvovaginal, uretritis no gonocócica, cistitis intersticial.

## Comentario final

Este caso subraya la relevancia del médico de familia en el manejo de síntomas urogenitales de repetición y en la detección precoz de ITS. La infección por Chlamydia trachomatis puede cursar de forma paucisintomática y pasar desapercibida si no se solicitan técnicas específicas como la PCR. El diagnóstico y tratamiento precoces, son esenciales para prevenir secuelas graves como enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad o dolor pélvico crónico. En nuestro medio, contar con la consulta de UASEX en Atención Primaria permite el seguimiento de casos, estudio de contactos y educación sexual, reforzando el abordaje integral y preventivo.

## Bibliografía


- *Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep [Internet]. 2021;70(4):1–187. Disponible en: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1*
- *Geisler WM. Diagnosis and management of uncomplicated Chlamydia trachomatis infections in adolescents and adults: Summary of evidence reviewed for the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Clin Infect Dis [Internet]. 2015;61 Suppl 8(suppl 8):S774-84. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/cid/civ694*


# 918/74. MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE: APROXIMACIÓN CLÍNICA A UN EVENTO CARDIOVASCULAR ATÍPICO


## Autores:

*Rodríguez Jiménez, C.[1], Reche Fernández, I.[2], Maculet Rey, A.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villanueva de Algaidas. Villanueva de Algaidas. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Mollina. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alameda. Alameda. Málaga*


## Descripción del caso

Mujer de 32 años, seguida en Atención Primaria (AP), con antecedentes de trastorno de ansiedad crónico y fibromialgia, sin hábitos tóxicos ni factores de riesgo cardiovascular conocidos, que acude a Urgencias Hospitalarias por dolor torácico en reposo irradiado a brazo izquierdo, iniciado durante la siesta, no relacionado con esfuerzo ni estrés emocional.

En AP constaban episodios previos autolimitados de dolor torácico atípico

## Exploración y pruebas complementarias

buen estado general, eupneica, tensión arterial 174/104 mmHg, frecuencia cardiaca 97 lpm y saturación de oxígeno 97%, con auscultación cardiopulmonar normal; el electrocardiograma inicial muestra ritmo sinusal con elevación del ST anteroposteroinferior; las troponinas presentan ascenso con pico a las 24 h; la coronariografía urgente objetiva hallazgos altamente sugestivos de disección coronaria espontánea en el tercio medio-distal de la descendente anterior, con flujo TIMI 3 y resto del árbol coronario sin lesiones, optándose por manejo conservador.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Infarto agudo de miocardio con elevación del ST secundario a disección coronaria espontánea de la descendente anterior, complicado con trombo apical transitorio

## Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario agudo aterotrombótico, miocarditis, miocardiopatía por estrés, vasoespasmo coronario, pericarditis aguda y disección aórtica

### Comentario final

Este caso resalta la importancia del médico de AP en la sospecha, seguimiento longitudinal y coordinación asistencial de entidades infrecuentes como la disección coronaria espontánea en pacientes jóvenes sin dejarnos sesgar por la hiperfrecuentación ni los antecedes personales de fibromialgia y reforzando el papel de la continuidad asistencial en procesos cardiovasculares complejos y no aterotrombóticos.

### Bibliografía


- *Hayes SN, Tweet MS, Adlam D, Kim ESH, Gulati R, Price JE, et al. Spontaneous coronary artery dissection: JACC state-of-the-art review. J Am Coll Cardiol. 2020;76(8):961-84.*
- *Adlam D, Alfonso F, Maas A, Vrints C. European Society of Cardiology, acute cardiovascular care association position paper on spontaneous coronary artery dissection. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2018;7(3):203-13.*


## 918/75. LO INVISIBLE TAMBIÉN IMPORTA: SEGUIMIENTO CLÍNICO DE UN MALESTAR SIN CAUSA APARENTE


### Autores:

*Rodríguez Jiménez, C.[1], Reche Fernández, I.[2], Pascual Guardeño, G.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villanueva de Algaidas. Villanueva de Algaidas. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Mollina. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga*


### Descripción del caso

Mujer de 60 años, en seguimiento en Atención Primaria (AP), con antecedentes de dispepsia, pancreatitis por coledocolitiasis, trombocitopenia leve estable en seguimiento por hematología y ansiedad en control por salud mental, que consulta de forma reiterada por malestar general y sensación persistente de movimiento subcutáneo descrita como "bichos" o "bacteria que se mueve", asociada a intensa angustia; presenta múltiples contactos con urgencias hospitalarias y consultas en AP y digestivo, sin datos de alarma acompañantes.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada, eupneica y hemodinámicamente estable, con exploración cardiopulmonar, abdominal y cutánea sin hallazgos patológicos; Analíticamente: hemograma, bioquímica, perfil hepático, TSH, eje ferrocínico y cribado de celiaquía sin alteraciones relevantes, salvo trombocitopenia leve conocida de 106.000/µl; el estudio digestivo incluye coprocultivo y parasitos seriados negativos, calprotectina fecal baja, sangre oculta en heces negativa y test de tolerancia a lactosa normal; electrocardiograma y radiografía de tórax sin hallazgos.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Ansiedad con sensaciones cenestésicas tipo formicación e ideas sobrevaloradas de enfermedad, con despistaje razonable de organicidad digestiva, dermatológica y general

### Diagnóstico diferencial

Parasitosis real, dermatosis pruriginosas, neuropatía periférica, alteraciones metabólicas o endocrinas, efectos de sustancias, trastorno de síntomas somáticos y trastorno delirante tipo parasitosis delirante

### Comentario final

Este caso subraya la importancia de la longitudinalidad en AP para integrar información procedente de distintos niveles asistenciales, ofrecer un marco explicativo coherente y consensuado, evitar la repetición innecesaria de pruebas y reducir la hiperfrecuentación, destacando el valor de la coordinación con digestivo y salud mental, así como de las intervenciones psicoeducativas y el seguimiento continuado en pacientes con síntomas cenestésicos persistentes sin corelación orgánica.

### Bibliografía


- *Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. Lancet. 2007;369(9565):946-55.*
- *American Psychiatric Association. Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. En: American Psychiatric Association, editor. DSM-5-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. rev. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2023. p. 309-326*


## 918/77. CÓLICO RENAL RECURRENTE


### Autores:

*Hierro Roselló, E.[1], Robledo Carmona, L.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga*

## Descripción del caso

Mujer de 26 años sin antecedentes personales de interés que acude por cuadros recurrentes de dolor tipo cólico en fosa renal izquierda (FRI) que irradia hacia genitales y miembro inferior izquierdo, asociando náuseas, vómitos y escasa respuesta a analgesia habitual. Presenta síndrome miccional, fiebre y hematuria, orientando inicialmente hacia infección del tracto urinario (ITU) y precisando antibioterapia. Requirió ingreso en medicina interna por pielonefritis aguda (PNA) izquierda.

## Exploración y pruebas complementarias

- Exploración física: dolor a la palpación profunda en fosa renal y flanco izquierdo, puño-percusión renal izquierda positiva.
- Análisis de sangre: filtrado glomerular mayor de 90 ml/min sin elevación de reactantes de fase aguda.
- Análisis de orina: hematuria marcada, sin bacteriuria.
- La ecografía renal y la urografía por tomografía computarizada (TC) descartaron causa obstructiva, malformaciones o masas.
- Tras derivacion a Urología, la ecografía Doppler renal objetivó velocidad en vena renal izquierda de 4,7 cm/segundo (límite superior de la normalidad), sin poder descartar síndrome de Cascanueces (SC).

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

El papel del médico de familia fue fundamental: ante la recurrencia de cólicos sin litiasis demostrada, la persistencia de hematuria y los episodios de PNA, se orientó el diagnóstico diferencial hacia causas vasculares, motivando derivación a urología. El diagnóstico de SC se basa en clínica (hematuria, dolor en flanco izquierdo, episodios de ITU/PNA) y en pruebas de imagen no invasivas como la ecografía Doppler, siendo la venografía renal el gold standard cuando persisten dudas.

## Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye causas anatómicas (riñón esponjoso medular), funcionales (reflujo vesicoureteral, estenosis de la unión pieloureteral, necrosis papilar) y oncológicas (carcinoma urotelial).

## Comentario final

El SC debe sospecharse ante hematuria recurrente sin litiasis, cólicos refractarios a analgesia y episodios repetidos de ITU/PNA en pacientes jóvenes. La longitudinalidad y seguimiento permiten identificar patrones que orientan hacia etiologías infrecuentes y facilitan la derivación precoz.

El plan incluye confirmación diagnóstica mediante angio-TC o resonancia magnética venosa, y tratamiento invasivo (stent o transposición de la vena renal izquierda).

## Bibliografía


- *Orczyk K, Wysiadecki G, Majos A, Stefanczyk L, Topol M. What Each Clinical Anatomist Has to Know About Left Renal Vein Entrapment Syndrome (Nutcracker Syndrome): A Review of the Most Important Findings. BioMed Res Int. 2017;2017:1746570. doi:10.1155/2017/1746570*


# 918/78. NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGÉNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.


## Autores:

*López Oliver, M.[1], Camacaro Irima, C.[1], Robles Martín, J.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Ogíjares. Ogíjares. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Ogíjares. Ogíjares. Granada*


## Descripción del caso

Mujer de 82 años con antecedentes personales de artrosis, osteoporosis y cataratas. Tratamiento crónico: Lorazepam 2 mg/24h, Calcio. Acude a consulta por síndrome constitucional, astenia y disminución del apetito, con pérdida de 5 kg desde su operación de cataratas hacía 1 mes. Al no haber clínica respiratoria, se orienta el caso como depresión. Consulta de nuevo 1 semana después, refiriendo misma sintomatología junto con tos seca diaria, solicitándose ECG, Rx de tórax y analítica.

## Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, correctamente hidratada y perfundida, eupneica. FC: 98 lpm, SatO2: 96%, Temperatura: 36,4º C. Exploración neurológica sin alteraciones. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos cardiacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular

conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: anodino. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 90lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía de tórax: condensación en lóbulo inferior pulmonar derecho e infiltrados bilaterales en patrón algodonoso. Se hace teleconsulta a Neumología, que la cita en consulta y solicita TAC urgente, pero, antes de la fecha, la paciente acude Urgencias por disnea. Allí, se procede a ingreso en planta de Neumología. Resultados de pruebas complementarias: Hemograma: leucocitosis con 76% polimorfonucleares; bioquímica normal; BNP: 78; Proteína C Reactiva: 144; Procalcitonina: 0.06; alfa-1-Antitripsina: 298; gasometría venosa sin alteraciones; PCR de virus en Lavado Broncoalveolar (BAL) negativos; cultivos de esputo negativos; antígenos en orina de S. Pneumoniae y Legionella negativos; estudio de autoinmunidad negativo. Informe de TACAR: "Conclusión: Hallazgos sugestivos como primera opción diagnóstica de proceso bronconeumónico con afectación multilobar".

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Neumonía Organizada Criptogénica (NOC)

## Diagnóstico diferencial

Metástasis pulmonares.

Neumonía atípica.

Neumonía por hipersensibilidad.

## Comentario final

La importancia en Atención Primaria (AP) de este caso radica en la presentación subaguda de la NOC, con síntomas constitucionales y tos seca, debiendo pensar en ella como posibilidad diagnóstica ante dichos síntomas, asociados a infiltrados pulmonares bilaterales. Generalmente tiene buena respuesta a tratamiento con Prednisona, el cual puede monitorizarse desde AP.

## Bibliografía


- *Arenas-Jiménez JJ, García-Garrigós E, Ureña Vacas A, Sirera Matilla M, Feliu Rey E. Neumonía organizada. Radiología. 2022. [citado 6 ene 2026];64(Suppl 3):240-249. doi:10.1016/j.rxeng.2022.08.002*
- *Radzikowska E, Fijolek J. Update on cryptogenic organizing pneumonia. Front Med. 2023. [citado 6 ene 2026];10:1146782. doi:10.3389/fmed.2023.1146782*


# 918/81. DOCTORA, VENGO A QUE ME PINCHE


## Autores:

*Moreno del Salto, A.[1], Fernández Gárate, M.[2], Peña Soler, R.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén*


## Descripción del caso

Paciente de 52 años, sin antecedentes personales de interés, en estudio por lumbalgia crónica.

Primera consulta. Enero de 2025: acude por crisis de dolor lumbar con respuesta parcial al tratamiento domiciliario y solicita tratamiento intramuscular.

En la exploración presenta dolor en región lumbar paravertebral sin otros hallazgos patológicos.

Se administra diclofenaco y metamizol por vía intramuscular.

Segunda consulta. Febrero de 2025: Refiere dolor en región glútea derecha de dos semanas de evolución, que relaciona con la inyección administrada previamente. Niega fiebre u otra sintomatología asociada.

En la exploración se aprecia nódulo indurado en región superoexterna del glúteo derecho, sin signos de sobreinfección.

Se pauta tratamiento antiinflamatorio por vía oral.

Tercera consulta. Marzo de 2025: Consulta por persistencia de la masa y dolor glúteo con irradiación a miembro inferior derecho.

En la exploración se objetiva persistencia del nódulo, aunque de menor tamaño, junto con disminución de la fuerza y marcha antiálgica.

## Exploración y pruebas complementarias

Se realiza ecografía de partes blandas del glúteo derecho, que muestra lesión ecogénica de 3 × 1,6 cm con márgenes mal definidos y contenido heterogéneo en tejido graso subcutáneo, sin colecciones, compatible con necrosis grasa secundaria a inyección medicamentosa. Se deriva a Medicina Física y Rehabilitación, donde se diagnostica neuralgia del nervio ciático secundaria a tratamiento intramuscular.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Absceso glúteo / Absceso estéril y Neuralgia del Nervio Ciático.

## Diagnóstico diferencial

Hematoma, Absceso séptico/estéril, Necrosis tisular, Neuropatía iatrogénica.

## Comentario final

La administración de fármacos por vía intramuscular no está exenta de riesgos y

complicaciones. Su uso en Atención Primaria debe limitarse a situaciones en las que la

vía oral no sea posible, exista una indicación farmacológica específica o sea necesario

asegurar la adherencia terapéutica. Este caso destaca la importancia de valorar

adecuadamente la indicación y la relación riesgo-beneficio antes de su utilización.

## Bibliografía


- *Servicio Canario de la Salud. Uso racional de medicamentos: vía intramuscular [Internet]. Canarias: Gobierno de Canarias; 2017 [citado 20 ene 2026]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3177ef84-c080-11e7-b97c-*
- *85a2cbf90b08/vol9*
- *Castro M. Falsas creencias y expectativas sobre la vía intramuscular: riesgos del uso inapropiado [Internet]. Montevideo: Hospital de Clínicas, Universidad de la República; 2022 [citado 20 ene 2026]. Disponible en: https://www.boletinfarmacologia.hc.edu.uy/images/2022/2022- 2/6_consideraciones_de_seguridad_relacionadas__al_uso_de_la_va_intramuscular_1.pdf*


# 918/82. DISMENORREA SEVERA EN MUJER JOVEN: SOSPECHA DE ENDOMETRIOSIS EN PRIMARIA


## Autores:

*Alcaraz Pérez, M.[1], Rodríguez Armesto, A.[2], Arzua Moya, J.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribeira. Ribeira. La Coruña*


## Descripción del caso

Mujer, 32 años, nuligesta sin antecedentes personales de interés. Consulta en Atención Primaria por dolor pélvico crónico de más de 1 año de evolución, de carácter cíclico con dismenorrea severa y dispaurenia profunda. Refiere empeoramiento progresivo del dolor, con importante afectación de su calidad de vida y rendimiento laboral. No deseo gestacional a corto plazo. No tratamiento hormonal previo.

## Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Constantes hemodinámicas normales.
- Abdomen: Dolor leve a la palpación profunda en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal.
- Exploración ginecológica: Cérvix sin alteraciones macroscópicas, dolor a la movilización cervical.
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Analítica de sangre general y hormonal: sin alteraciones significativas.
- Ecografía transvaginal (solicitada tras la consulta): sin masas anexiales ni quistes ováricos.

Ante clínica sugestiva se deriva a GINECOLOGÍA.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Dolor pélvico crónico de características cíclicas asociadas a dismenorrea severa y dispaurenia, altamente sugestivo de endometriosis.

En consulta de Ginecología se establece diagnóstico de endometriosis probable y se inicia tratamiento con Dienogest 2mg/día (Dimetrio).

En seguimiento desde Atención Primaria, a los 3 meses la paciente presenta mejoría significativa del dolor pélvico y de la dismenorrea, con buena tolerancia al tratamiento y disminución del consumo de analgésicos.

## Diagnóstico diferencial

- Dismenorrea primaria.
- Enfermedad inflamatoria pélvica crónica.
- Síndrome de Intestino Irritable.
- Patología musculoesquelética pélvica.

## Comentario final

La endometriosis es una patología frecuente e infradiagnosticada que debe sospecharse ante dolor pél-

vico crónico cíclico en mujeres jóvenes. La Atención Primaria juega un papel clave en la sospecha clínica precoz, el manejo inicial del dolor y el seguimiento del tratamiento hormonal. El uso de dienogest constituye una opción eficaz y bien tolerada para el control sintomático, mejorando la calidad de vida de las pacientes.

### Bibliografía


- *Guía de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis. SEGO.*
- *García-Manero M, et al. Abordaje del dolor pélvico crónico en Atención Primaria. Medicina de Familia SEMERGEN.*


## 918/85. MÁS ALLÁ DE UNA INFECCIÓN DENTAL : CARCINOMA DE GLÁNDULA SALIVAL COMO DIAGNÓSTICO INESPERADO


### Autores:

*Medrano Calero, Z.[1], Ramos Simancas, P.[2], Leiva Pino, J.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga*


### Descripción del caso

Hombre de 86 años, fumador, hipertenso y dislipémico . Consulta en centro de salud por bultoma cervical doloroso de 3 cm desde hace 10 días en el contexto de infección periodontal y fiebre de 39 grados , se pauta tratamiento con Amoxicilina/acido clavulánico remitiendo el dolor y la fiebre se reevalúa a la semana y persiste la masa cervical de 3 cm pétrea se deriva a urgencias hospitalarias para pruebas complementarias.

### Exploración y pruebas complementarias

Constantes vitales normales EF anodina salvo parótida izquierda aumentada de tamaño, dolorosa a la palpación y adenopatía cervical lateral izquierda indolora, indurada y adherida a plano profundo. Bioquímica pcr 21.3, glucosa 114 , creatinina 1.5 , FG 45 , hemograma hb 11.6 , leucocitos 10, 940 . TAC- Cuello aumento de polo inferior y posterior de parótida izquierda a expensas de masa de 35,2x34mm , aspecto interno heterogéneo con áreas quísticas y calcificación puntiforme además hay una adenopatía de gran tamaño retromandibular de 23x25mm que colapsa posteriormente con la yugular izquierda y adenopatías yugulares locorregionales de diferentes tamaño , diagnóstico carcinoma muco epidermoide/adenoideo quístico .Se realiza ECO-BAG de masa parotídea izquierda con diagnóstico de carcinoma de glándula salival.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Neoplasia de parótida izquierda , carcinoma de glándula salival.

### Diagnóstico diferencial

absceso salival , adenoma pleomorfo, carcinoma mucoepidermoide.

### Comentario final

El carcinoma de glándula salival presenta una sintomatología inespecífica en fases iniciales, pudiendo confundirse con procesos infecciosos frecuentes. La persistencia de una masa tras tratamiento antibiótico adecuado constituye un criterio de alarma que debe motivar estudio complementario.Las técnicas de imagen permiten valorar la extensión local y regional, mientras que la confirmación histopatológica es imprescindible para establecer el subtipo tumoral y planificar el tratamiento. Este caso pone de manifiesto la importancia del seguimiento clínico estrecho y de una adecuada coordinación entre atención primaria y especializada.

### Bibliografía


- *Zhao Q, Liu X, et al. Clinical diagnosis, treatment, and survival analysis of 61 cases of salivary duct carcinoma. PubMed. 2024;40625920.*


## 918/86. TROMBOANGEÌTIS OBLITERANTE EN PACIENTE FEMENINA: UNA PRESENTACION INFRECUENTE.


### Autores:

*Barrios Rios, C.[1], Leiva Pino, J.[2], Gonzales García, J.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villanueva del Rosario. Villanueva del Rosario. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villanueva del Rosario. Villanueva del Rosario. Málaga*


### Descripción del caso

Paciente mujer de 50 años atendida en atención primaria (AP) desde octubre de 2024 por metatarsalgia

y clínica compatible con posible artritis. Se solicitaron inicialmente estudios reumatológicos y radiológicos, sin hallazgos. Ante persistencia de dolor poliarticular de meses de evolución, sin respuesta a corticoides ni antiinflamatorios, se decidió derivación a Reumatología, manteniéndose seguimiento en AP.

En diciembre de 2024, en nueva valoración, se objetivaron cambios de coloración, frialdad y dolor en varios dedos de la mano derecha, con disminución del llenado capilar. Estos hallazgos motivaron sospecha de fenómeno de Raynaud y la derivación a Medicina Interna para completar estudio, con inicio de tratamiento vasodilatador en AP. En meses posteriores, el seguimiento permitió constatar evolución desfavorable, con acrocianosis persistente inducida por frío, limitación funcional progresiva y aparición recurrente de panadizos e infecciones del pulpejo, que requirieron ajustes terapéuticos, curas locales y tratamientos antibióticos sucesivos.

## Exploración y pruebas complementarias

La exploración mostró dedos acrocianóticos, lesiones periungueales dolorosas y úlceras digitales con signos de isquemia, sin datos cutáneos sugestivos de esclerodermia y con pulsos radiales conservados. La capilaroscopia fue normal, sin megacapilares ni áreas avasculares, hallazgo no esclerodermiforme descrito en enfermedad de Buerger (1). Los estudios inmunológicos fueron negativos. La ecografía Doppler evidenció oclusión distal de la arteria cubital, compatible con enfermedad inflamatoria oclusiva distal (2).

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Ante la isquemia digital progresiva, la afectación arterial distal, exclusión de conectivopatías y vasculitis sistémicas, y el antecedente de tabaquismo, se estableció diagnóstico clínico de enfermedad de Buerger por exclusión.

## Diagnóstico diferencial

Fenómeno de Raynaud primario, conectivopatías, vasculitis sistémicas, embolias periféricas y enfermedad arterial periférica aterosclerótica.

## Comentario final

Este caso pone de manifiesto la relevancia del médico de Atención Primaria en la detección de signos de alarma y en la interpretación de la evolución clínica más allá de pruebas normales. La principal enseñanza del caso es que la enfermedad de Buerger debe considerarse ante isquemia distal en pacientes fumadores, incluso en mujeres y con estudios no concluyentes.

## Bibliografía


- *Guidelli GM, Bardelli M, Fioravanti A, Selvi E. Nailfold capillaroscopy in Buerger's disease: A useful tool? Eur J Rheumatol. 3 de septiembre de 2019;1(2):81-3. doi:10.5152/eurjrheumatol.2014.015*
- *Piazza G, Creager MA. Thromboangiitis Obliterans. Circulation. 27 de abril de 2010;121(16):1858-61. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.942383*


# 918/87. FASCITIS NECROTIZANTE EN PACIENTE JOVEN. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.


## Autores:

*Gonzales García, J.[1], Pérez Cea Ponce, E.[2], Ramos Simancas, P.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villanueva del Rosario. Villanueva del Rosario. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villanueva del Rosario. Villanueva del Rosario. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villanueva del Rosario. Villanueva del Rosario. Málaga*


## Descripción del caso

La fascitis necrotizante es una infección grave y rápidamente progresiva de partes blandas, asociada a elevada morbimortalidad. Su diagnóstico precoz constituye un reto en Atención Primaria (AP), especialmente en fases iniciales sin signos cutáneos evidentes. La reevaluación clínica y la detección de signos de alarma resultan determinantes para el pronóstico.

Paciente varón de 23 años, fumador, que consulta en AP por dolor progresivo en gemelo derecho de dos días de evolución, de inicio espontáneo tras la jornada laboral, con antecedente de quemadura en la misma extremidad dos semanas antes. La exploración inicial mostró dolor localizado en hueco poplíteo sin signos inflamatorios claros, orientándose como tendinitis y pautándose tratamiento antiinflamatorio, posteriormente volvió a consultar por persistencia e intensificación del dolor, asociándose inflamación de partes blandas sin eritema ni signos cutáneos infecciosos evidentes. Ante la ausencia de mejoría, se derivó a Urgencias en caso de empeoramiento.

## Exploración y pruebas complementarias

Tras aparición de fiebre elevada, el paciente acudió a Urgencias. Presentaba edema desde rodilla hasta tobillo, calor local y dolor intenso a la palpación en la cara posterior del miembro, con pulsos distales conservados y sin lesiones cutáneas iniciales. La analítica mostró leucocitosis y elevación significativa de reactantes de fase aguda y dímero D. El eco-Doppler descartó trombosis venosa profunda y evidenció rotura parcial del gemelo externo con hematoma intramuscular.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

La asociación de dolor desproporcionado, fiebre y respuesta inflamatoria sistémica, en el contexto de lesión muscular previa, orientó a una infección grave de partes blandas compatible con una fase inicial de fascitis necrotizante, indicándose ingreso hospitalario y antibioterapia intravenosa empírica.

## Diagnóstico diferencial

Trombosis venosa profunda, rotura muscular aislada, celulitis, miositis infecciosa y síndrome compartimental.

## Comentario final

Este caso pone de relieve el papel clave de la Atención Primaria en la identificación precoz de procesos potencialmente letales. Debe considerarse la fascitis necrotizante ante dolor intenso desproporcionado y deterioro sistémico, incluso en ausencia de signos cutáneos iniciales, siendo la derivación urgente determinante para el pronóstico.

## Bibliografía


- *Bonne SL, Kadri SS. Evaluation and management of necrotizing soft tissue infections. Infect Dis Clin North Am. 2024;38.*
- *Hakkarainen TW, et al. Necrotizing soft tissue infections: early diagnosis and management. Lancet Infect Dis. 2023;23.*


# 918/88. DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EN URGENCIAS: DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B COMO DIAGNÓSTICO INFRECUENTE


## Autores:

*Arzua Moya, J.[1], Alcaraz Pérez, M.[2], Rodríguez Armesto, A.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boiro. Boiro. La Coruña, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Milladoiro. Ames. La Coruña*


## Descripción del caso

Varón de 62 años que acude a Urgencias por dolor torácico de inicio súbito, muy intenso, opresivo, irradiado a región dorsal, acompañado de ansiedad. Como antecedentes presenta hipertensión arterial de larga evolución y dislipemia. No refiere traumatismo, esfuerzo desencadenante ni cuadro infeccioso previo.

## Exploración y pruebas complementarias

A su llegada presenta TA 185/95 mmHg, FC 92 lpm, SatO2 98% y temperatura normal. Se encuentra consciente y orientado. La exploración cardiopulmonar no muestra hallazgos relevantes y los pulsos periféricos son simétricos. El ECG no evidencia cambios isquémicos agudos y la analítica inicial, incluidas troponinas, es normal. Ante el inicio brusco del dolor, su irradiación dorsal y el antecedente de hipertensión, se amplía estudio pese a ECG y troponinas normales. La radiografía de tórax muestra ensanchamiento mediastínico. Se solicita TC toracoabdominal con contraste, que confirma disección aórtica tipo B con inicio distal a la subclavia izquierda, sin signos de rotura ni afectación de ramas viscerales.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Dolor torácico agudo secundario a disección aórtica tipo B no complicada.

## Diagnóstico diferencial

Se planteó diagnóstico diferencial con síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar, pericarditis aguda, dolor musculoesquelético y patología esofágica aguda. Frente a SCA, la irradiación dorsal, el inicio súbito de máxima intensidad y la ausencia de cambios isquémicos o elevación de troponinas orientaban a valorar otras causas. El TEP resultaba menos probable por ausencia de disnea relevante, hipoxemia o inestabilidad hemodinámica. El ensanchamiento mediastínico reforzó la sospecha de síndrome aórtico agudo.

## Comentario final

La disección aórtica es una causa infrecuente pero tiempo-dependiente de dolor torácico agudo. Debe sospecharse incluso con ECG y troponinas normales cuando el dolor es brusco, intenso, con irradiación a

espalda y en pacientes con factores de riesgo como hipertensión arterial. Desde Atención Primaria y en los dispositivos de primera valoración, el médico de familia desempeña un papel clave en la sospecha inicial y en la derivación urgente precoz ante un dolor torácico atípico con signos de alarma, contribuyendo a reducir retrasos diagnósticos y morbimortalidad.

### Bibliografía


- *Nienaber CA, Clough RE. Aortic dissection. Nat Rev Dis Primers. 2022;8(1):6.*
- *Erbel R, Aboyans V, Boileau C, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. Eur Heart J. 2014;35(41):2873-926.*


## 918/89. PRURITO PERSISTENTE, CUANDO LA DERMATOSCOPIA MARCA LA DIFERENCIA.


### Autores:

*Barrios Peña, J.[1], Torrico Gonzales, L.[2], Flores Siles, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén*


### Descripción del caso

Mujer de 22 años con antecedentes de dermatitis atópica, acude a consulta de Atención Primaria por prurito generalizado de cinco meses de evolución, con aparición de pápulas eritematosas en brazos, piernas y abdomen. La paciente había recibido tratamiento prolongado con antihistamínicos orales y corticoides tópicos, sin mejoría clínica. En la anamnesis destaca prurito de predominio nocturno y la presencia de síntomas similares de menor intensidad en su pareja.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración y pruebas complementarias: Se observan múltiples pápulas eritematosas milimétricas, algunas excoriadas, localizadas principalmente en antrebrazos, piernas y abdomen, así como microvesículas de contenido claro y erosiones producidas por el rascado. Se realiza dermatoscopia en consulta de Atención Primaria, evidenciándose lesiones lineales en forma de "S" itálica de 3–4 mm compatibles con surcos acarinos, ala delta, así como estructuras circulares blanco-amarillentas correspondientes a vesículas acarinas.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Los hallazgos dermatoscópicos, junto con los datos clínicos y epidemiológicos, permiten establecer el diagnóstico de escabiosis de forma precoz. Se inicia permetrina tópica al 5% en en dos aplicaciones separadas por una semana y tratamiento simultáneo de contactos. Presenta mejoría progresiva del prurito y resolución de las lesiones.

### Diagnóstico diferencial

Dermatitis atópica, dishidrosis, impétigo y urticaria.

### Comentario final

El prurito crónico constituye un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria y la escabiosis puede pasar desapercibida, especialmente en fases iniciales, tras tratamientos sintomáticos previos y en ambientes socioeconómicos altos. En este contexto, la dermatoscopia se consolida una herramienta accesible y de alta sensibilidad incluso en manos no expertas, permitiendo un diagnóstico precoz y la instauración de un tratamiento eficaz sin demoras. Su utilización resulta especialmente relevante ante las prolongadas listas de espera para valoración dermatológica y poca viabilidad para la realización de examen microscópico (Test de Muller), ya que contribuye a reducir la propagación del Sarcoptes scabiei y a minimizar el impacto psicosocial asociado al prurito crónico.

### Bibliografía


- *Galvan-Casas C, Ortiz-Alvarez J, Martinez-García G, Corbacho-Monné M. Recomendaciones de expertos de ala academia española de dermatología para el manejo de las ectoparasitosis de transmisión sexual. Escabiosis y pediculosis púbica. AEDV. 2023; 11(007),475-492.*
- *Alvarez-Salafranca M ,Sanchez-Bernal J. Utilidad de Dermastoscopia en el Diagnostico de Escabiosis. MED Familia Semergen 202; 47(1): e7-e8.*


## 918/91. SÍNDROME DEL BABUINO ASOCIADO A OMEPRAZOL: UNA REACCIÓN ADVERSA POCO FRECUENTE A UN FÁRMACO HABITUAL


### Autores:

*Charlo Pumar, M.[1], Sebastián Lacave, I.[2], López Gómez, J.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla*

### Descripción del caso

Mujer de 28 años en seguimiento por su médico por alteraciones digestivas, dispepsia, meteorismo y distensión postprandial. Se realiza análisis descartándose infección por Helicobacter pylori e intolerancias alimentarias. Antes de solicitar endoscopia, se decide tratamiento empírico durante seis semanas con omeprazol y procinéticos.

Una semana tras iniciarlo, la paciente acude a consulta por aparición de lesiones cutáneas. Se pauta tratamiento con corticoides tópicos y antihistamínicos orales, sin mejoría. Ante la persistencia, se realiza teleconsulta con Dermatología, citándose a la paciente para biopsia cutánea. El estudio histológico informa de dermatosis linfocítica leve e inespecífica.

Por la distribución característica de las lesiones, ausencia de prurito y la relación temporal con el inicio del tratamiento farmacológico, se sospecha de Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE), conocido como síndrome del babuino. Se suspende omeprazol, con mejoría progresiva hasta quedar asintomática.

### Exploración y pruebas complementarias

A la exploración dermatológica se observan placas eritematosas-violáceas, de aspecto bien delimitado, localizadas de forma simétrica en pliegues inframamarios y fosas cubitales. No presentan descamación, habones, atrofia cutánea ni afectación mucosa. La paciente niega prurito, dolor o síntomas sistémicos asociados.

Análisis normal sin elevación de reactantes de fase aguda

Estudio histológico informa de dermatosis linfocítica leve e inespecífica.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Por la distribución característica de las lesiones, la ausencia de prurito y la clara relación temporal con el inicio del tratamiento farmacológico, se plantea la sospecha de Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema, también conocido como síndrome del babuino. Se decide suspender el omeprazol, con resolución progresiva de las lesiones hasta quedar asintomática.

### Diagnóstico diferencial

Intertrigo candidiásico

Dermatitis de contacto

Psoriasis invertida

Erupción fija medicamentosa

Exantema medicamentoso inespecífico

### Comentario final

ste caso destaca la importancia del seguimiento longitudinal en Atención Primaria y de considerar reacciones cutáneas a fármacos de uso frecuente, como los inhibidores de la bomba de protones. El Síndrome del Babuino, aunque infrecuente, debe incluirse en el diagnóstico diferencial de exantemas flexurales simétricos. La identificación precoz y la retirada del fármaco responsable evitan pruebas innecesarias y permiten la resolución completa del cuadro.

### Bibliografía


- *Häusermann P, et al. Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema (SDRIFE). Br J Dermatol. 2004;150:341–344.*
- *Tan SC, et al. SDRIFE: clinical features and causative drugs. Clin Exp Dermatol. 2011;36:452–457.*


## 918/92. DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO Y DISPEPSIA DE REPETICIÓN COMO MANIFESTACION INICIAL DE CANCER DE PANCREAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Autores:

*Fernández Baca Zavalla, D.[1], Serna Moreno, J.[2], Navarrete Espinosa, C.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén*

### Descripción del caso

Iniciamos el estudio en una mujer de 75 años que ha presentado dolor abdominal y dispepsia de repetición en

múltiples oportunidades en la consulta, fue derivada al servicio de digestivo y reincidió a pesar del manejo, posteriormente el cuadro clínico se fue acompañando por síndrome constitucional, siendo diagnosticada finalmente de Ca de páncreas en estadio terminal. Es separada, hacía rol de cuidadora de su hija que presenta discapacidad, hasta su diagnóstico y evolución desfavorable por el que pasa a ser dependiente de cuidados por su hijo mayor. Se encuentra en cuidados paliativos y seguimiento por su médico de familia. Semanas después del diagnóstico presenta TEP bilateral, por TVP de pierna izquierda.

## Exploración y pruebas complementarias

Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen superior, no se palpan masas ni megalias RHA ++

Extremidad inferior izquierda: Aumento de volumen en la misma, Fovea +++, hasta muslo, doloroso a la palpación. Pulsos débiles pedio, y poplíteo.

Constantes vitales normales.

Hemograma con coagulación, bioquímica normales, Ca 19.9 153, PCR 321.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Adenocarcinoma de cabeza pancreática con invasión vascular, perineural y posible infiltración a pared duodenal, bazo Irresecable.

## Diagnóstico diferencial

Dolor abdominal inespecífico, Dispepsia tipo dismotilidad, Hernia hiatal.

## Comentario final

Es importante de hacer una valoración exhaustiva y controles periódicos del medico de Familia a los pacientes que son reincidentes a consultar por el mismo cuadro clínico.

## Bibliografía


- *Aparicio E, Caso J, Santiáñez M, Fernandez A, Heredia C, Muñoz M, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 9na edición. Madrid: MSD; 2022*


# 918/94. MÁS ALLÁ DEL MALESTAR GENERAL: MALARIA GRAVE TRAS UN VIAJE A SENEGAL


## Autores:

*Valero Gutiérrez, Á.[1], Aguilar Peña, L.[1], Ramírez Arroyo, F.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan del Puerto. San Juan del Puerto. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan del Puerto. San Juan del Puerto. Huelva*


## Descripción del caso

Varón de 31 años sin hábitos tóxicos ni antecedentes de interés. Inicia cuadro de 3 días de evolución de malestar general, astenia rápidamente progresiva, dolores osteoarticulares generalizados, fiebre intermitente de hasta 39.3ºC y dolor abdominal difuso muy intenso asociado a náuseas y vómitos biliosos, con rechazo de ingesta. Previamente ha viajado a su país natal (Senegal) durante 2 meses y había vuelto a España hace 2 semanas. No ambiente epidemiológico positivo en domicilio. Consultó a su Médico de Atención Primaria al tercer día de sintomatología que, tras valorar su situación clínica y rápida progresión, derivó a Urgencias Hospitalarias por sospecha de cuadro séptico de origen abdominal vs infeccioso.

## Exploración y pruebas complementarias

- Regular estado general, consciente, orientado y colaborador, deshidratado de piel y mucosas y perfundido, con tiritona en consulta, leve taquipnea en reposo sin uso de musculatura accesoria. FC 106 lpm, Tª 39.4ºC, Sat02 al 97% aire ambiente, TA 122/65mmHg.
- A la exploración, destaca auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos, dolor a la palpación abdominal difusa sin defensa y sin signos de irritación peritoneal, sin masas ni megalias, ruidos hidroaéreos presentes. No edemas ni signos de TVP en extremidades inferiores. No lesiones cutáneas en toda la superficie corporal.
- La gasometría venosa, el sistemático de orina y radiografía de tórax no presentan alteraciones. Hemocultivos, PCR de virus respiratorios y Antigenuria de neumococo: Negativos.
- En analítica: Linfocitos 0.69x10^3/ µL, Plaquetas 45 x 10^3/µL, Coagulación en rango, Bilirrubina total: 1.81 mg/dL (Bilirrubina directa 1.02 mg/dL), Proteína C reactiva: 99.5 mg/L, Procalcitonina 1.69 ng/mL. Perfil hepatobiliar normal.
- Antígeno para Plasmodium spp.: Positivo.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Brote grave de malaria con trombocitopenia moderada secundaria.

### Diagnóstico diferencial

Sepsis de origen abdominal.

Púrpura Trombocitopénica Inmune.

Lupus Eritematoso Sistémico / Vasculitis.

### Comentario final

Destacar la importancia de profundizar los antecedentes epidemiológicos a la hora de abordar una fiebre de corta o intermedia duración sin foco junto a la necesidad del diagnóstico y tratamiento precoz ante los síntomas de alarma encontrados en la exploración y anamnesis.

### Bibliografía


- *El-Moamly AA. A practical approach to malaria diagnosis in non-endemic regions: Evaluating simple clinical and laboratory predictors in travelers returning from endemic regions. Trop Med Health [Internet]. 2025;53(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s41182-025-00682-z*


## 918/95. HEPATITIS POR ESTATINAS


### Autores:

*Castillo Mendoza, Y.[1], Pozo Gil, L.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz*


### Descripción del caso

Mujer de 69 años con antecedentes mórbidos conocidos de síndrome de CREST y síndrome de Raynaud, no reacciones alérgicas conocidas. En tratamiento con Omeprazol 20mg, Colecalciferol 2500, celecoxib200mg, hidroxicloroquina 200mg, Diazepam de 5mg y cinitaprida 1mg y Actonel semanal. La paciente acude al servicio de urgencias por presentar fiebre, vómitos verdosos, dolor abdominal y coluria desde la noche anterior tras la toma de atorvastatina, con episodio previo similar.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Normohidratada y perfundida, palidez mucocutánea. Ruidos hidroaéreos aumentados. Abdomen globuloso, depresible y doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. No masas ni megalias, ni signos de peritonismo, no timpanismos. Blumberg y Murphy negativos.

Se realiza ecografía donde el único hallazgo es colédoco de 7mm ligeramente dilatado sin lograr visualizar lito. Resto de exploración normal.

En la bioquímica se encuentran aumento de la Bb total: 4.40 mg/dl, Bb directa 2.68 mg/dl, GGT 330 U/L, AST 738 U/L, ALT 738 U/L, FA 169 U/L, PCR 24.6 mg/dl.

Se comenta el caso con Medicina Interna de guardia que tras visualizar anteriores analíticas y pruebas de imágenes y ante la aparición de Novo de Bb expensas de directa, recomienda estancia de la paciente en sillones con tratamiento y sueroterapia y reevaluar analítica. Nueva bioquímica BB total 6.10 mg/dl Bd directa: 4.19 mg/dl.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Hepatitis colestásica por uso de estatinas

### Diagnóstico diferencial

Hepatitis viral, hepatitis alcohólica, hígado graso, hepatitis autoinmune primaria

### Comentario final

Las estatinas no suelen causar hepatitis clínica, lo más frecuente es una elevación leve y asintomática de transaminasas. Suele encontrarse elevación marcada de ALT/AST +- FA y bilirrubina. Puede ser hepatocelular colestásica y mixta. Inicio típico tras semanas o incluso meses de iniciar o subir dosis.

### Bibliografía


- *Asociación española para el estudio del hígado (AEEH)-lesión hepática inducida por fármacos: Documento de posicionamiento. Gastroenterol Hepatol. 2019. inducida por fármacos- SemFYC, guía de práctica clínica sobre dislipemias en atención primaria*


## 918/96. COSAS DE LA EDAD . HASTA QUE EL CANSANCIO CAMBIÓ EL GUION


### Autores:

*Pozo Gil, L.[1], López Áviles, E.[2], Castillo Mendoza, Y.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tarifa. Tarifa. Cádiz*

## Descripción del caso

Varón de 62 años, sin antecedentes personales de interés, no fumador y con IMC 27. Consulta por astenia progresiva de meses de evolución, disminución de la tolerancia al esfuerzo y episodios esporádicos de rectorragia escasa, que atribuye a hemorroides. No refiere pérdida de peso ni fiebre. No participa en programa de cribado de cáncer colorrectal.

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración física en Atención Primaria:

- Constantes normales
- Abdomen blando, no doloroso, sin masas ni megalias palpables
- Tacto rectal: hemorroides internas grado I, sin lesiones sospechosas
- Pruebas solicitadas en Atención Primaria:
- Analítica completa: Hb 10.2 g/dL; VCM 74 fL; Ferritina 9 ng/mL
- Sangre oculta en heces (SOH): positiva en 2/3 muestras
- ECG normal
- Pruebas Especialista Aparato Digestivo:
- Colonoscopia: lesión vegetante en colon descendente (4 cm).
- Biopsia: adenocarcinoma colorrectal.
- TAC toracoabdominal: sin metástasis.
- Estadio: T3N0M0.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

La combinación de anemia ferropénica, rectorragia intermitente, cambios en el hábito intestinal y SOH positiva orientó a alta sospecha de cáncer colorrectal desde Atención Primaria.

Se realizó derivación preferente según protocolo de sospecha de cáncer.

Juicio clínico final: Adenocarcinoma de colon descendente (T3N0M0)

## Diagnóstico diferencial

Hemorroides sangrantes

Fisura anal

Pólipos colónicos

Enfermedad inflamatoria intestinal

Angiodisplasias

Anemia ferropénica por pérdidas digestivas altas

## Comentario final

Este caso subraya la importancia de no atribuir síntomas inespecíficos como el cansancio o la rectorragia a "cosas de la edad" sin una valoración completa.

En el adulto, la anemia ferropénica sin causa aparente debe considerarse de origen digestivo hasta demostrar lo contrario, siendo obligado descartar cáncer colorrectal.

La SOH es una herramienta accesible y eficaz para priorizar derivaciones.

La sospecha precoz desde Atención Primaria permitió un diagnóstico en un estadio potencialmente curable, destacando el papel clave del primer nivel asistencial en la detección del cáncer colorrectal.

## Bibliografía


- *SEOM. Cáncer colorrectal: guía clínica.*
- *NICE Guidelines. Suspected cancer: recognition and referral.*
- *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Manejo de la anemia ferropénica en AP.*


# 918/97. BURSITIS PREPATELAR SÉPTICA POR STREPTOCOCCUS MUTANS EN PACIENTE DIABÉTICO: REPORTE DE CASO


## Autores:

*Medrano Calero, Z.[1], Barrios Rios, C.[2], Leiva Pino, J.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga*


## Descripción del caso

Hombre de 55 años de edad, sin hábitos tóxicos, diabético tipo 1 e hipertenso. Consulta en centro de salud por dolor en rodilla izquierda de 12 horas de evolución tras haber estado de rodillas el día previo, acompañado de fiebre de 39 grados y limitación de la deambulación.

Dada la rápida progresión clínica, se deriva a urgencias para pruebas complementarias.

### Exploración y pruebas complementarias

Constantes vitales normales. EF anodina, salvo rodilla izquierda a nivel prerrotuliano: tumefacta, eritematosa, dolorosa y con aumento de temperatura. Bioquímica: glucosa 279, PCR 154,2, procalcitonina 0,85. Hemograma con leucocitos 36.280, neutrófilos 29.580. Rx de tórax: patrón intersticial con algún tracto fibroso.

Tras valoración por Traumatología se realiza artrocentesis, obteniendo 8 cc de líquido de aspecto serohemático; se solicita cultivo, dando positivo a Streptococcus mutans. Se ingresa al paciente en planta con diagnóstico de bursitis prepatelar séptica para tratamiento antibiótico endovenoso.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

artritis séptica de rodilla izquierda, bursitis séptica.

### Diagnóstico diferencial

Celulitis, absceso subcutáneo, gota.

### Comentario final

La bursitis prepatelar séptica es una urgencia ortopédica que requiere diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir complicaciones, incluyendo diseminación a la articulación subyacente y sepsis sistémica. La combinación de hallazgos clínicos (tumefacción, eritema, dolor localizado) con laboratorio (leucocitosis y marcadores inflamatorios elevados) y confirmación mediante artrocentesis y cultivo bacteriológico constituye el estándar diagnóstico. Este caso evidencia una etiología poco común (Streptococcus mutans), destacando la necesidad de mantener un enfoque amplio en el diagnóstico diferencial ante masas prerrotulianas agudas.

### Bibliografía


- *Zimmermann B, Hammer N, Geis S. Prepatellar bursitis: etiology, diagnosis, and management. Orthop Rev (Pavia). 2019;11(2):8081.*


## 918/98. FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO


### Autores:

*Medrano Calero, Z.[1], Gonzales García, J.[2], Pérez Cea Ponce, E.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga*


### Descripción del caso

Hombre de 48 años de edad, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de interés de artritis reumatoide en tratamiento inmunosupresor, hipertensión arterial y síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). Consulta en su centro de salud por fiebre intermitente de hasta 39 °C de tres semanas de evolución, asociada a astenia, tiritona y mialgias generalizadas. Presenta tos no productiva y niega clínica constitucional u otra sintomatología asociada. No se objetivan lesiones dérmicas. Durante esas tres semanas acudió en varias ocasiones a su centro de salud, donde se pautó tratamiento antibiótico en dos ocasiones, sin mejoría de la fiebre. Dada la persistencia del cuadro de fiebre de origen desconocido, se gestiona cita con Medicina Interna y se deriva para estudio.

### Exploración y pruebas complementarias

Constantes vitales dentro de la normalidad, salvo temperatura de 37,8 °C.En la analítica sanguínea se objetivó: proteína C reactiva de 63 mg/L, velocidad de sedimentación globular de 64 mm/h y LDH de 550 U/L. El perfil hepático y tiroideo, así como la serología viral, fueron negativos. La prueba de Mantoux resultó negativa. El hemograma mostró leucopenia 1.970/µL, anemia hemoglobina 9,8 g/dL y trombocitopenia 123.000/µL. La PCR para Leishmania en sangre periférica fue positiva. La radiografía de tórax no mostró alteraciones. En la tomografía computarizada abdominal se evidenció esplenomegalia marcada, con un tamaño aproximado de 23 cm.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Fiebre de origen desconocido secundaria a leishmaniasis visceral.

### Diagnóstico diferencial

Tuberculosis extrapulmonar, linfoma y síndrome mielodisplásico.

### Comentario final

La leishmaniasis visceral debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de la fiebre de origen descono-

cido, especialmente en áreas endémicas y en pacientes inmunodeprimidos. Su presentación clínica puede ser inespecífica y simular procesos hematológicos o inflamatorios, lo que puede retrasar el diagnóstico. Este caso pone de manifiesto la importancia de una visión integral desde Atención Primaria y la coordinación con Atención Especializada para el estudio de la fiebre de origen desconocido. El diagnóstico precoz permite instaurar tratamiento específico y reducir la morbimortalidad asociada a esta enfermedad potencialmente grave.

### Bibliografía


- *van Griensven J, Diro E. Visceral leishmaniasis: recent advances in diagnostics and treatment regimens. Infect Dis Clin North Am. 2019;33(1):79–99. doi:10.1016/j.idc.2018.10.005.*


## 918/99. HIDRONEFROSIS OBSTRUCTIVA. EL ROL CRUCIAL DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.


### Autores:

*Torrico Gonzales, L.[1], Flores Siles, A.[2], Barrios Peña, J.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén*


### Descripción del caso

Se atiende en el servicio de urgencias de Atención Primaria a femenina de 28 años de edad por cuadro de dolor abdominal severo de inicio súbito a nivel subcostal y lumbar izquierdo irradiado al mismo flanco e hipogastrio, asociado a náuseas y vómitos de 2 horas de evolución y hematuria sin coágulos en la última hora. Afebril. Sin antecedentes personales de interés.

### Exploración y pruebas complementarias

Facie álgica importante, náuseas y vómitos repetidos en consulta. Taquicárdica, afebril. Tira de orina con cetonas y hematies +. Abdomen con defensa y signos de irritación peritoneal, positivo para puñopercusion ipsilateral al dolor. Se realiza ecografía a pie de cama sin alteraciones cardiopulmonares reseñables, abdomen con presencia de hidronefrosis izquierda G3 sin ecos reseñables en su interior, ausencia de Jet urinario vesical. En recorrido ureteral ipsilateral se aprecia imagen hiperecogénica con sombra acústica.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Hidronefrosis izquierda G3 por urolitiasis en unión ureterovesical, sin jet urinario compatible con hidronefrosis obstructiva.

La paciente fue derivada a Hospital de referencia tras fluidoterapia y analgesia integral con mórfico y corticoide. El objeto de derivación fue para valoración urgente por urología de guardia y considerar catéter doble J o en su defecto nefrostomía percutánea.

### Diagnóstico diferencial

Embarazo ectópico, traumatismo dorsolumbar, rotura costal, lesión herpética.

### Comentario final

La ecografía en Atención Primaria es una herramienta diagnóstica clave para la evaluación inicial de pacientes con sospecha de patología urologica, como es el caso descrito, así tambien cada vez cuenta con mayor alcance en Atención Primaria y Urgencias Hopitalarias. Su carácter no invasivo, accesible y de rápida realización permite un diagnóstico precoz y un abordaje oportuno desde el primer nivel asistencial. La disponibilidad de ecógrafos y de profesionales capacitados aumenta la capacidad resolutiva, favorece decisiones clínicas más ágiles y optimiza las derivaciones. Podemos destacar cómo la ecografía empodera al primer nivel asistencial incrementado no solo la rapidez sino la precisión diagnóstica

### Bibliografía


- *Ferrer-Moret S , Pérez-Morales D. Actualizaci{on en el tratamiento de la litiasis renal. BIT. 2018; 29(4),21-27.*
- *Foo-Gil K, Devesa-Muñiz M, Solla-Camino J, Vázquez-Fernández A. Ecografía a pie de cama: una herramienta imprescindible para el Servicio de Urgencias. Med Gen Fam. 2019; 8(6): 262-6.*


## 918/100. DE URGENCIAS A ATENCIÓN PRIMARIA: ALBUMINURIA Y FILTRADO GLOMERULAR EN EL AVANCE DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.


### Autores:

*García Chueco, I.[1], Alvarez Porras, M.[2], Quero Córdoba, J.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada*


### Descripción del caso

Varón de 83 años con hipertensión, obesidad, aneurisma aórtico abdominal intervenido e insuficiencia cardíaca (IC), que a pesar de lo cual mantenía escaso seguimiento médico, es atendido en Urgencias tras debut de fibrilación auricular (FA) e IC descompensada con componente cardiorrenal, presentando reagudización prerrenal por hipotensión de la enfermedad renal crónica (ERC) que padecía, aunque no había sido diagnosticada.

Tras estabilizarlo se pauta anticoagulación y se deriva a Cardiología y Atención Primaria (AP).

### Exploración y pruebas complementarias

En AP, siendo la primera vez que se valoraba al paciente en nuestro cupo, se consultaron analíticas de seis meses previos constatando un descenso del filtrado glomerular (eGFR) que pasó de 40,16mL/min/1,73m$^2$ (junio-2025) a 18,43mL/min/1,73m$^2$ (diciembre-2025), además de un cociente albúmina/creatinina en orina (A/C) de 469.1mg/g (octubre-2025), no constando determinaciones previas de albuminuria.

Dado que, como nos muestran Neuen BL et al.1, la combinación del incremento del A/C y la marcada caída en eGFR predicen en conjunto con mayor evidencia la progresión de ERC, consideramos que el paciente debería haber sido derivado a Nefrología en octubre, aunque entonces presentara un eGFR>30 mL/min/1,73m$^2$ dado el posible daño renal estructural que subyacía en la albuminuria severa y el descenso de eGFR de más 5mL/min/1,73m$^2$ ese año, por lo tanto, se diagnostica en ese momento de ERC G4-A3 y se solicita derivación urgente.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

ERC G4-A3 en progresión con reagudización prerrenal y posible daño estructural.

### Diagnóstico diferencial

- Síndrome cardiorrenal.
- Nefropatía isquémica secundaria a hipotensión crónica.
- Nefropatía glomerular.

### Comentario final

Teniendo en cuenta el estudio de Sánchez-Ospina D et al2, un 14,1% de pacientes en AP presentan niveles de albuminuria patológicos con función renal aparentemente normal o discretamente disminuida por lo que la albuminuria permite incluir a los pacientes en categorías de mayor riesgo y optimizar decisiones terapéuticas según KDIGO, lo que pone de manifiesto la importancia del screening a través del cociente A/C y de eGFR.

### Bibliografía


- *Neuen BL et al. Changes in GFR and albuminuria in routine clinical practice and the risk of kidney disease progression.*
- *Sánchez-Ospina D et al. Impact of albuminuria screening in primary care on the detection and management of chronic kidney disease: findings from the ONDAAS study.*


## 918/101. CLAUDICACIÓN INTERMITENTE: DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO EN PRIMARIA


### Autores:

*Heras González, M.[1], Vázquez Haro, A.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 71 años. Fumador de paquete diario de larga data. Sin otros antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual. Consulta en Atención Primaria por dificultad para caminar por dolor en el gemelo derecho irradiado hacia cara posterior del muslo que le obligar a pararse y descansar antes de reanudar la marcha. Desaparece con la sedestación. Cada vez le ocurre con distancias más cortas, aproximadamente 100 metros.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente orientado, bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiaca sin soplos, roces ni extra tonos. Destacan cambios tróficos cutáneos, disminución de temperatura distal en miembro inferior derecho, relleno capilar enlentecido, pulso pedio y tibial posterior derecho muy débiles en comparación con contralateral. Pulsos femorales presentes.

Neurológicamente fuerza y sensibilidad conservadas, simétricas. Reflejo rotuliano conservado bilateral.

Se realiza ecografía clínica en el mismo acto de consulta de miembros inferiores. Se observa disminución de flujos arteriales a nivel de arterias poplítea y pedia derecha.

El paciente es derivado a Cirugía General donde le realizan angioTAC preferente que confirma obstrucción Íleo-femoral derecha.

En analítica: glucemia, hemograma y función renal en rango normal, colesterol total 207, LDL 159.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Arteriopatía periférica.

### Diagnóstico diferencial

Claudicación vascular (arteriopatía periférica), claudicación neurógena (estenosis de canal lumbar), afección musculoesquelética, claudicación venosa, neuropatía periférica, síndrome compartimental crónico.

### Comentario final

Destacar la importante labor del Médico de Familia con conocimientos en manejo de ecografía clínica ya que ésta ha demostrado una gran utilidad en el ámbito de la Atención Primaria permitiendo orientar la toma de decisiones durante el proceso asistencial y, en ocasiones, permite realizar diagnósticos más precoces.

### Bibliografía


- *ESC Guidelines Committee; Sociedad Española de Cardiología. 2024 Guía ESC para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades arteriales periféricas y aórticas (traducción y comentarios). Rev Esp Cardiol. 2025;78(3):164–169*
- *Martí Mestre X, de Benito Fernández L, Martínez Rico C, Bravo Ruiz E, Salazar Agorría A, Gómez Jabalera E. Guía para el estudio no invasivo de la isquemia crónica de los miembros inferiores. Capítulo de Diagnóstico Vascular, Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. 2024.*


## 918/102. DÉFICIT DE ÁCIDO FÓLICO SIN ANEMIA EN MUJER JOVEN CON CANSANCIO: ORIENTACIÓN Y SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Arboledas Soriano, S.*[1]

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga*


### Descripción del caso

Mujer de 24 años que consulta en Atención Primaria por cansancio de 3 meses, dificultad de concentración y queilitis ocasional, sin fiebre, pérdida ponderal ni sangrados; refiere dieta irregular con baja ingesta de verduras frescas y legumbres por horarios laborales, con cocción prolongada de alimentos, y sin consumo relevante de alcohol.

### Exploración y pruebas complementarias

Constantes normales; exploración sin palidez ni adenopatías. Analítica: leucocitos 5,89 × 10^3/µL, hemoglobina 15,4 g/dL, VCM 91,4 fL, plaquetas 167 × 10^3/µL; glucosa 72 mg/dL, creatinina 0,75 mg/dL, TSH 1,480 µUI/mL; hierro 92 µg/dL, ferritina 51,7 ng/mL, vitamina B12 315 pg/mL y ácido fólico 2,1 ng/mL (bajo); orina sistemática normal.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Déficit de ácido fólico sin anemia, probablemente por ingesta insuficiente.

### Diagnóstico diferencial

Déficit de vitamina B12, ferropenia, hipotiroidismo, trastorno del ánimo, celiaquía/malabsorción y causas farmacológicas.

### Comentario final

Desde Atención Primaria se pautó ácido fólico 5 mg/día (ACFOL 5 mg) y consejo dietético para aumentar folatos naturales, evitando suplementación aislada sin confirmar B12. En revisión a las 8 semanas la paciente refirió mejoría del cansancio y del rendimiento cognitivo, con normalización del ácido fólico (6,8 ng/mL) y hemograma estable. Este caso resalta que déficits vitamínicos subclínicos pueden presentarse con síntomas inespecíficos y que la orientación, tratamiento y seguimiento en AP son claves para evitar cronificación y pruebas innecesarias.

### Bibliografía


- *Khan KM, Jialal I. Folic Acid Deficiency. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.*
- *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Abordaje de las anemias en Atención Primaria.*

## 918/106. LATIDO MISTERIOSO, UN HALLAZGO CURIOSO


### Autores:

*Peña Pérez, S.[1], Merino Barriuso, P.[2], Machín Hernández, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 51 años, exfumador, sin antecedentes personales, que acude a nuestra consulta de Atención primaria por molestias centrotorácicas y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos de 4 meses de evolución. Ortopnea y disnea paroxística nocturna. Síndrome constitucional con pérdida de peso de 7 kilogramos en 2 meses. Niega fiebre termometrada. Niega sintomatología infecciosa. Niega edematización de miembros inferiores ni recorte de diuresis. Ha realizado tratamiento con diversos antibióticos e inhaladores sin mejoría clínica.

### Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, paciente con aceptable estado general. Tolera conversación. No cianosis. Eupneico en reposo. Constantes vitales normales.

A la auscultación, se objetiva soplo diastólico en foco mitral. Murmullo vesicular conservado con hipoventilación en ambas bases.

Se pauta tratamiento con furosemida 40 mg cada 24 horas, se deriva a Cardiología de manera preferente y se solicita analítica completa con NT-ProBNP en 3730, una radiografía de tórax donde se objetivaba pinzamiento de ambos senos costofrénicos compatible con derrame pleural bilateral y un electrocardiograma anodino.

Se vuelve a citar a la semana para ver evolución y con resultados. Ante la persistencia de los síntomas y la falta de mejoría clínica, se decide realizar ecocardiografía clínica en el centro de salud, donde se objetiva una masa gigante y móvil a nivel de aurícula izquierda que obstruía parcialmente la válvula mitral durante la diástole.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

La primera sospecha diagnóstica fue de insuficiencia cardiaca descompensada en contexto de masa auricular izquierda con obstrucción significativa del orificio de la válvula mitral compatible como primera posibilidad con mixoma cardíaco.

Por lo que se derivó al paciente a urgencias hospitalarias para valoración por Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

### Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardiaca congestiva, angina inestable, tromboembolismo pulmonar, valvulopatía, reagudización de EPOC...

### Comentario final

El mixoma auricular es el tumor intracardíaco benigno más frecuente.

Quiero destacar la importancia de la ecografía, una herramienta fundamental ya disponible en nuestras consultas, que permite una evaluación diagnóstica rápida, optimiza los tiempos de atención, mejora la capacidad resolutiva y la seguridad en la toma de decisiones de los médicos de Atención Primaria.

### Bibliografía


- *Ramírez Martínez T, Viles Beltran MD, Bascompte Claret R, Vigil-Escalera Lopez C, Barriuso Barrado I. Atrial myxoma. Med Clin (Barc).2023;160(12):e23.*


## 918/107. DOCTORA, MIS PIES SE QUEJAN Y LAS ESCAMAS NO ME DEJAN


### Autores:

*Peña Pérez, S.[1], Machín Hernández, M.[2], Merino Barriuso, P.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 38 años, trabajador de la construcción, sin antecedentes, que acude a nuestra consulta de atención primaria por lesiones hiperqueratósicas y agrieta-

das en ambas plantas de los pies de 6 meses de evolución. El paciente refiere haber tenido previamente lesiones en ambas manos, actualmente resueltas.

Refiere descamación, grietas profundas y dolor al apoyo, con empeoramiento progresivo que interfiere de manera importante en la calidad de vida y en su actividad laboral. Niega fiebre termometrada. No otra sintomatología a otro nivel. Niega relaciones sexuales de riesgo.

Ha utilizado previamente pomadas antibióticas y antifúngicos tópicos y orales sin mejoría clínica.

### Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física, se observan varias placas hiperqueratósicas bien delimitadas en ambas plantas de los pies, con descamación gruesa y fisuras dolorosas. A nivel ungueal, se observan manchas de aceite y pitting.

Se solicita analítica completa con serología sin hallazgos de interés y cultivo de hongos de las escamas que fue negativo.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Se plantea como primera impresión diagnóstica una psoriasis palmoplantar.

Se pauta al paciente tratamiento con ungüentos de corticoide en cura oclusiva con mejoría parcial a las semanas, por lo que se deriva a Dermatología para confirmación diagnóstica y valoración de tratamiento sistémico.

### Diagnóstico diferencial

Queratodermia blenorrágica, tinea pedis, dermatitis de contacto alérgica o irritativa y dermatitis dishidrótica.

### Comentario final

La psoriasis palmoplantar puede manifestarse de forma aislada, sin lesiones cutáneas en otras localizaciones, lo que supone un reto diagnóstico en Atención Primaria al simular dermatosis frecuentes como la tinea pedis o el eccema de contacto o dishidrótico.

Este caso pone de relieve la importancia del médico de familia en el abordaje inicial, realizando una buena exploración cutánea, de mucosas y ungueal que nos ayude a realizar un adecuado diagnóstico diferencial y valorar la respuesta al tratamiento empírico. Quiero destacar la importancia de una derivación razonada al servicio de Dermatología ante la falta de respuesta terapéutica y la persistencia de síntomas. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado permiten mejorar la calidad de vida del paciente y minimizar el impacto funcional y laboral de la enfermedad.

### Bibliografía


- *Engin B, Askin Ö, Tüzün Y. Palmoplantar psoriasis. Clin Dermatol. 2017 Jan-Feb;35(1):19-27*


## 918/108. CHLAMYDIA PSITTACI, ESA ESPECIE OLVIDADA


### Autores:

*Rodríguez Armesto, A.[1], Arzua Moya, J.[2], Alcaraz Pérez, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa do Mar Aguiño. Ribeira. La Coruña, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña*


### Descripción del caso

Varón caucásico de 53 años de edad con alergia a Metamizol. Trabaja en una pajarería.

Antecedentes de interés: glaucoma y hernia de hiato. Amigdalectomizado. Acude a su Médico de Atención Primaria por astenia, fiebre de hasta 38,9° C, mialgias y cefalea holocraneal de 10 días de evolución. No datos de focalidad neurológica grosera y/o relaciones sexuales de riesgo.

### Exploración y pruebas complementarias

Sudoroso. Temperatura 37,8° C. TA 139/94 mmHg. FC 81 lpm. Saturación de oxígeno 96%.

Área ORL sin alteraciones. AC: Rítmica. No soplos. AP: Disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha. Abdomen anodino.

Se realiza una radiografía de tórax que evidencia una consolidación en base pulmonar derecha compatible con neumonía.

Se solicita analítica, PCR que resulta positiva y serología para microorganismos atípicos que posteriormente confirma el diagnóstico de psitacosis (seroconversión de IgG a 1/276). Se inicia tratamiento empírico con Doxiciclina.

Dada buena evolución se mantiene, resolviéndose el infiltrado y la clínica en 4 semanas.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Psitacosis.

### Diagnóstico diferencial

NAC por microorganismos típicos vs atípicos.

### Comentario final

El tratamiento de elección en la psitacosis es la doxiciclina 100 mg 2 veces al dia por una duración de 14 días. Los macrólidos, como la claritromicina o azitromicina son antibióticos de segunda elección cuando está contraindicada.

También se pueden emplear fluoroquinolonas.

Debe realizarse una anamnesis detallada en pacientes con fiebre y sintomatología general en los que sospechemos una neumonía. Tanto el examen físico como la radiografía de tórax deben ser compatibles con la patología, aunque puede existir disociación clínico-radiológica.

Debemos preguntar por profesión y/o antecedentes de contacto con pájaros para sospechar psitacosis.

### Bibliografía


- *Dembek ZF, Mothershead JL, Owens AN, Chekol T, Wu A. Psittacosis: An Underappreciated and Often Undiagnosed Disease. Pathogens. 2023;12(9):1165.*
- *Hogerwerf L, DE Gier B, Baan B, VAN DER Hoek W. Chlamydia psittaci (psittacosis) as a cause of community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis. Epidemiol Infect. 2017;145(15):3096-3105.*


## 918/109. EQUINOCOCOSIS COMO ZOONOSIS A TENER EN CUENTA


### Autores:

*Rodríguez Armesto, A.[1], Alcaraz Pérez, M.[2], Arzua Moya, J.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepcion Arenal. Santiago de Compostela. La Coruña, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa do Mar Aguiño. Ribeira. La Coruña*


### Descripción del caso

Varón de 62 años, desplazado de una región rural de Ávila. No AMC. AP: HTA, ???? ? DLP.

Amigdalectomizado en la infancia. A estudio por un cuadro de tos con expectoración amarillenta y fiebre de hasta 38,9 °C. No disnea. No dolor torácico. A tratamiento empírico con Amoxicilina.

### Exploración y pruebas complementarias

BEG. COC. NH. NC. NP. Eupneico en reposo.

AC: Rítmico, no soplos. AP: Sibilancias en base pulmonar izquierda. Abdomen con ligera hepatomegalia. Resto anodino. Se le realiza una radiografía de tórax, dado antecedente de neumonía hace 3 meses, en la que se observa una imagen de densidad calcio en hipocondrio derecho. En la ecografía abdominal se aprecia la existencia de dos lesiones compatibles con quistes hidatídicos calcificados. En el TAC se observa la presencia de dos lesiones hepáticas compatibles con quistes hidatídicos. Una de ellas es superficial, mide 3,2 cm y muestra vesículas con algunas calcificaciones periféricas. La otra mide 2,7 cm, está dentro de parénquima hepático y está totalmente calcificada.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Hidatidosis.

### Diagnóstico diferencial

Hidatidosis. Quiste broncogénico. Secuestro pulmonar. Neumonía. Absceso. Enfermedad granulomastosa. TBC. Hamartoma. Metástasis.

### Comentario final

El paciente fue enviado al Servicio de Cirugía

General y Digestiva, donde se realiza una quistoperiquistectomía total cerrada del quiste superficial, y se decide actitud expectante en la lesión de 2,7 cm por sus características radiológicas y localización.

### Bibliografía


- *Kharrat S, Bahloul M, Toumi N, Bougharriou S, Hadded A, Ben Hamida C. Hydatidosis with Atypical Localization: Report of Three Cases and Literature Review. Am J Trop Med Hyg. 2025;113(1):9-12. Published 2025 May 6. doi:10.4269/ajtmh.24-0704 Kharrat S, Bahloul*
- *M, Toumi N, Bougharriou S, Hadded A, Ben Hamida C. Hydatidosis with Atypical Localization: Report of Three Cases and Literature Review. Am J Trop*

*Med Hyg. 2025;113(1):9-12. Published 2025 May 6. doi:10.4269/ajtmh.24-0704*

## 918/110. ECOGRAFÍA CLÍNICA: UNA HERRAMIENTA CLAVE EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Autores:

*Lucena López, R.[1], Fernandez de Cordova Montilla, C.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga*

### Descripción del caso

Varón de 66 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria y con buena calidad de vida previa, que consulta de forma recurrente en Atención Primaria inicialmente por lumbalgia mecánica irradiada a miembro inferior derecho, en el contexto de hernia discal y espondiloartrosis lumbar conocidas. En semanas posteriores, el cuadro evoluciona con aparición de dolor en hipocondrio derecho de tres semanas de evolución, sin fiebre, vómitos, alteraciones del hábito intestinal ni pérdida ponderal significativa. Refiere nicturia sin síntomas miccionales asociados. Ante el cambio en la clínica y la persistencia del dolor, se amplía el estudio desde Atención Primaria.

Como antecedentes personales destacan hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipemia, obesidad, hiperuricemia y esteatosis hepática. No fumador y consumo ocasional de alcohol.

### Exploración y pruebas complementarias

Constantes: Tensión arterial (TA) 156/93 mmHg, taquicárdico con 120 latidos por minuto, afebril y con buena saturación de oxígeno. Buen estado general. Abdomen globuloso, con hepatomegalia palpable y dolor leve a la palpación en hipocondrio derecho. Resto de exploración sin hallazgos relevantes.

Analítica sanguínea muestra leucocitosis con neutrofilia, elevación marcada de reactantes de fase aguda, colestasis y citólisis hepática con lactato deshidrogenasa elevada.

Se realiza ecografía abdominal en consulta de Atención Primaria, objetivándose hepatomegalia con múltiples lesiones ocupantes de espacio hepáticas bilaterales compatibles con metástasis, así como una masa/conglomerado adenopático en región pancreática. Se deriva de forma preferente a urgencias hospitalarias. El escáner abdominal confirma enfermedad metastásica hepática con probable tumor primario pancreático.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Lesiones ocupantes de espacio hepáticas múltiples. Alta sospecha de neoplasia pancreática metastásica.

### Diagnóstico diferencial

Hepatocarcinoma multifocal, colangiocarcinoma, metástasis de origen digestivo, linfoma hepático.

### Comentario final

Este caso pone de manifiesto el papel fundamental de la Atención Primaria en la detección precoz de patología grave ante cambios sutiles en síntomas aparentemente banales. La ecografía clínica en consulta permitió una orientación diagnóstica rápida, optimizando la derivación hospitalaria y acortando tiempos diagnósticos, reforzando su valor como herramienta clave en la práctica diaria del médico de familia.

### Bibliografía

- *Nicolau C, et al. Ultrasound in the diagnosis and staging of pancreatic cancer. Abdom Radiol (NY). 2018;43(1):190-202.*
- *Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2020. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249.*

## 918/116. CRISIS CONVULSIVA: UN SÍNTOMA, MÚLTIPLES DIAGNÓSTICOS. CASO CLÍNICO DE GLIOBLASTOMA.

### Autores:

*López Avendaño, A.[1], Monteros, J.[2], Megías López, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias. El Ejido. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería*

### Descripción del caso

Varón de 60 años, conductor de camión, con antecedentes de Fibrilación Auricular (FA) CHADS VASC 2 permanente, Diabetes mellitus tipo II, Hipertensión Arterial,

Psoriasis, Obesidad, Discopatías dorso lumbares múltiples, Ex fumador hace 20 años; antecedentes familiares: madre FA a los 60 años; tratamiento: apixaban 5mg, 1 cada 12h, metformina 1gr/ Dapagliflozina 5mg, 1 cada 24h, bisoprolol hemifurato 5mg, 1 cada 24h, enalapril 20mg, 1 cada 24h, simvastatina 20mg, 1 cada 24h; acude por cuadro de crisis convulsiva con mordedura lingual y perdida de conciencia de pocos minutos de duración, con recuperación posterior completa sin pérdida de esfínteres examen físico sin alteración, debilidad en MII junto con trastorno sensitivo en forma de parestesias en pie izquierdo que condicionan limitación funcional para la deambulación de unas 3 semanas de evolución.

### Exploración y pruebas complementarias

exploración neurológica anodina, TAC craneal LOE frontotemporal derecha, biopsia glioblastoma con idh wild-type, grado 4

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Glioblastoma

### Diagnóstico diferencial

Neoplasia, metástasis cerebral, absceso cerebral, infarto cerebral

### Comentario final

La coordinación entre Atención Primaria, Urgencias y los servicios especializados permite un abordaje integral del paciente, optimizando el proceso diagnóstico y contribuyendo a una atención centrada en la persona y su entorno, especialmente en patologías neurológicas de mal pronóstico.

### Bibliografía


- *Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editors. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 7ª ed. Madrid: Elsevier España, S.L.U.; 2023. ISBN 978-84-1382-004-0.*


## 918/117. REGRESIÓN CUTÁNEA: EL DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE LA PLACAS ERITEMATOSIAS


### Autores:

*Mesa Espadas, C.[1], Martín Enguix, D.[2], Generoso Torres, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Góngora. Granada*


### Descripción del caso

Mujer de 78 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de nódulo BIRADS 2, hipotiroidismo y trombocitosis esencial JAK2 +, que consultó en Atención Primaria por lesión tórax de dos meses de evolución. Negaba prurito u otras molestias.

### Exploración y pruebas complementarias

La exploración física destacaba pápula hiperémica perlada, en la región esternal con bordes irregulares de 1 cm de diámetro máximo, con fototipo II. En la dermatoscopia se apreció una lesión macular rosado-eritematosa, homogénea, con discreto patrón granular, sin criterios melanocíticos ni estructuras dermatoscópicas específicas (ausencia de red pigmentaria, vasos arborizantes, nidos ovoides o escamas significativas). Ante el hallazgo se realiza teleconsulta a Dermatología que confirmaron nuestra sospecha de queratosis liquenoide. La lesión se biopsió por parte de dematología y mostrando en la anatomía patológica hiperplasia epidérmica con ortoqueratosis compacta y una capa granular engrosada.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Queratosis Liquenoide

### Diagnóstico diferencial

Para el diagnóstico diferencial de lesiones violáceas y planas en áreas fotoexpuestas. El principal a considerar es el liquen plano, caracterizado por pápulas y placas planas, poligonales y violáceas, a menudo pruriginosas. La queratosis actínica también debe incluirse, especialmente en áreas fotoexpuestas, ya que se presenta como placas eritematosas o hiperqueratósicas, áspera, con potencial de progresión a carcinoma escamoso, lo que obliga a una correcta diferenciación clínica. Otras entidades menos probables son el lupus eritematoso cutáneo crónico, capaz de simular lesiones planas y pigmentadas en zonas expuestas. Finalmente, debe considerarse el carcinoma basocelular, que puede presentarse como placas eritematosas planas con bordes perlados.

### Comentario final

La queratosis liquenoide benigna se trata de una queratosis seborreica o un léntigo solar que sufren un proceso de regresión inflamatoria. Este fenómeno de

regresión también puede observarse en otras lesiones hiperpigmentadas de mayor relevancia clínica, como el melanoma, lo que puede dificultar el diagnóstico diferencial. Por ello, para su correcta identificación es esencial el adecuado manejo del dermatoscopio en Atención Primaria, ya que permite reconocer los patrones característicos y descartar signos de malignidad. No obstante, ante cualquier duda diagnóstica o discordancia clínico-dermatoscópica, la biopsia cutánea confirma el diagnóstico y garantizar un manejo seguro del paciente.

### Bibliografía


- *Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. Dermatology. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 186–188.*


## 918/120. CUANDO EL ICTUS NO ES SOLO UN ICTUS: VALOR DE LA VISIÓN HOLÍSTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Sifuentes Tutor, V.[1], Alcantarilla Reyes, E.[2], Ayala González, L.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 72 años, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos, que el 06/05/2025 presenta ictus isquémico con lesiones bihemisféricas de probable origen embólico, con recuperación ad integrum.

Tres semanas después consulta en Atención Primaria por astenia intensa, hiporexia y pérdida ponderal no intencionada de 7 kg. En analítica reciente destacaba hipertransaminasemia marcada (GGT 1293 U/L), con ecografía abdominal solicitada y cita en Digestivo programadas con demora.

Ante la presencia de síndrome constitucional, alteración analítica significativa y deterioro clínico progresivo, el médico de familia decide derivación urgente hospitalaria

### Exploración y pruebas complementarias

Leve ictericia conjuntival, dolor en hipocondrio derecho y hepatomegalia leve.

Ecografía abdominal con múltiples metástasis hepáticas y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática.

Durante el ingreso se objetivó colestasis progresiva, elevación marcada de enzimas pancreáticas, hiperbilirrubinemia, deterioro de la función renal y elevación extrema de CA 19-9 (144.510 U/mL).

El TAC abdominal confirmó la presencia de metástasis hepáticas y pulmonares, junto con lesión nodular en la región pancreatoduodenal compatible con neoplasia pancreática avanzada.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Ictus isquémico embólico como manifestación inicial de síndrome paraneoplásico secundario a adenocarcinoma de páncreas metastásico.

### Diagnóstico diferencial

1. Hepatitis aguda o alcohólica es menos probable por patrón predominantemente colestásico, con ictericia obstructiva y lesiones hepáticas focales.

2. Hepatocarcinoma poco probable por ausencia de hepatopatía crónica previa y hallazgo de lesión primaria extrahepática.

3. Pancreatitis aguda o crónica descartada por la presencia de metástasis hepáticas y pulmonares y elevación extrema de CA 19-9

### Comentario final

Este caso ilustra cómo el ictus puede preceder al diagnóstico de una neoplasia oculta en ausencia de factores de riesgo cardiovascular. La presencia posterior de síndrome constitucional y alteraciones analíticas obligan a una reevaluación del paciente. La actuación del médico de familia, integrando clínica, evolución temporal y contexto biopsicosocial, permitió priorizar la gravedad y acelerar el diagnóstico frente a los tiempos habituales de derivación.

### Bibliografía


- *Aung ET, Hayden MW,. A Case of Trousseau Syndrome: A report detailing recurrent ischaemic strokes associated with metastatic pancreatic cancer and pulmonary embolisms despite treatment with direct oral anticoagulation. Cureus. 2025;17(11)*
- *Bonnerot M, Humbertjean L, Cerebral ischemic events in patients with pancreatic cancer: characteristics and review of literature. Medicine (Baltimore). 2016;95(26)*

## 918/121. ¿PSORIASIS O ALGO MÁS? DESMASCARANDO LESIONES CUTÁNEAS DESDE LA CONSULTA DE FAMILIA


### Autores:

*Suárez Sánchez, L.[1], Menéndez Polo, P.[2], Toledano Fernández, D.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz*


### Descripción del caso

Paciente de años sin antecedentes patológicos personales familares , no hábitos tóxicos a reseñar, acude a consulta por lesiones en piel pequeñas, puntiformes ypruriginosas localizadas en abdomen, en manos (interdigitales ) y glúteos, en ese momento se le diagnóstica de escabiosis para lo cual se indica tratamiento y regresa para revaluación a las 3 semanas, en este momento la paciente refiere que las lesiones han aumentado en tamaño y número y están mas diseminadas manteniéndose prurito.

### Exploración y pruebas complementarias

Examen físico: lesiones redondeadas escamosas con bordes bien delimitados .Dermatoscopio: Lesiones

superficiales, brillantes y de color blanco-plateado, con vasos puntiformes (red dots), repartidos de forma

simétrica y homogénea por toda la lesión

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Psoriasis Vulgar

### Diagnóstico diferencial

Pitiriasis Rosada (de Gibert),Liquen Plano, Dermatitis Seborreica

### Comentario final

La psoriasis vulgar ha dejado de ser una patología meramente cutánea para consolidarse como una enfermedad sistémica de alto impacto inflamatorio, cuyo abordaje desde Atención Primaria debe priorizar el control de sus comorbilidades. Se plantea una estrategia proactiva, y se fomenta el uso de dermatoscopia para identificar el patrón vascular regular y la detección precoz de la inflamación subclínica permitiendo un diagnóstico preciso incluso en cuadros enmascarados. En el ámbito terapéutico, destaca la simplificación del tratamiento tópio mediante formulaciones en espuma que mejoran drásticamente la adherencia, es necesario realizar un cribado cardiovascular y metabólico sistemático, dado que el control de la inflamación cutánea se correlaciona directamente con la reducción delriesgo de eventos isquémicos a largo plazo.

### Bibliografía


Abordaje en Atención Primaria (BMJ): Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. JAMA. 2020;323(19):1945-1960. Un resumen de alto impacto sobre la naturaleza sistémica de la placa.

Dermatoscopia (Dermoscopedia): Lallas A, et al. Dermatoscopy of psoriasis and other common inflammatory skin diseases. British Journal of Dermatology. Proporciona la base técnica para identificar los vasos puntiformes y la distribución regular.


## 918/122. CONTRIBUCIÓN DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA AL ESTUDIO DEL DOLOR PÉLVICO EN MUJER JOVEN


### Autores:

*Mesa Espadas, C.[1], Martín Enguix, D.[2], Generoso Torres, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Góngora. Granada*


### Descripción del caso

Mujer de 25 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de psoriasis, dermatitis atópica, infecciones del tracto urinario de repetición y antecedente de infección por Chlamydia trachomatis, que consultó en Atención Primaria por dolor lumbar izquierdo de dos semanas de evolución, continuo, de características inflamatorias, con irradiación hacia la ingle ipsilateral que no cedía con analgesia. No refería síntomas urinarios ni ginecológicos asociados ni fiebre. Negaba relaciones sexuales de riesgo.

### Exploración y pruebas complementarias

La exploración física mostró buen estado general, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal. No se objetivó dolor a la movilización cervical. Se realizó ecografía clínica a pie de cama en Atención Primaria, observándose en fosa ilíaca izquierda una imagen quística adyacente a vejiga, de contenido hipoecogénico con tabiques y sedimento, compatible con quiste anexial, de aproximadamente 47x45 mm. En el estudio analítico destacó: PCR 0,5 mg/l, procalcitonina 0,02 ng/ml, leucocitos 8,52x$10^3$/µl, hemoglobina 12,8g/dl y beta-hCG negativa. El exudado vaginal resulta positivo para Gardnerella vaginalis y el urocultivo es negativo. Ante el hallazgo ecográfico se remite a ginecología donde confirmaron nuestra sospecha y fue seguida durante 4 meses hasta la desaparición del quiste.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Quiste folicular hemorrágico.

### Diagnóstico diferencial

Se planteó como principal diagnóstico diferencial el quiste ovárico funcional, especialmente el quiste folicular hemorrágico, y se consideró el endometrioma por la persistencia del dolor. Otras entidades menos probables fueron la enfermedad inflamatoria pélvica, la torsión anexial, el absceso tubo-ovárico, el cólico renal izquierdo y causas musculoesqueléticas o neuropáticas.

### Comentario final

Este caso resalta la utilidad de la ecografía clínica en Atención Primaria en el abordaje del dolor abdominal y pélvico, permitiendo una orientación diagnóstica precoz y una derivación adecuada. Ante la identificación de una imagen anexial compleja, resulta fundamental su valoración y seguimiento por ginecología para confirmar el diagnóstico y posterior seguimiento.

### Bibliografía


- *Referencia: Zhu A, Sugi M, Young SW, Morgan TA, Patel MD. Hemorrhagic ovarian cysts over 50 mm: value of ultrasound specialist assessment. J Ultrasound Med. 2025 Sep. https://doi.org/10.1002/jum.70081*


## 918/126. "CUANDO LA TOS SANGRA: HEMOPTISIS COMO SIGNO DE ALARMA"


### Autores:

*Toledano Fernández, D.[1], Andino Lopez, Y.[2], Suárez Sánchez, L.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz*


### Descripción del caso

Paciente de 23 años de edad, sin antecedentes patológicos personales conocidos , que acude a urgencias por notar que al toser presenta sangre. Niega fiebre, pérdida de peso o malestar general. Como único antecedente relevante comenta hace aproximadamente 1 mes presenta sudoración nocturna en ocasiones.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo, no ingurgitación yugular. Hemodinámicamente estable.

AC: Tonos rítmicos a buena frecuencia, no roce, no soplos audibles ni ruidos sobreañadidos.

AP: MV conservado con buena ventilación en ambos campos pulmonares. No se auscultan roncus, crepitantes, sibilancias ni otros ruidos respiratorios.

Rx de tórax: Se observa lesión cavitada de paredes gruesas en campo pulmonar derecho

Analítica: Hemograma: leucocitos 12,10 x 10^3/µL, hemoglobina 16,1 g/dL, volumen corpuscular medio 87,2 fL, neutrofilos 8,37 x 10^3/µL, plaquetas 405 x 10^3/µL.

Coagulación: INR 1,21, TTPa 34,2 s.

Bioquímica: glucosa 87 mg/dL, urea 36 mg/dL, creatinina 0,92 mg/dL, bilirrubina 0,80 mg/dL, sodio 139 mEq/L, potasio 4,0 mEq/L, alfa-amilasa 44 U/L.

Proteinas especificas: proteína C reactiva 53,5 mg/L.

Microbiologia: tinción de BAAR (esputo) Positivo 3+ (1-9/campo).

Microbiologia: cultivo de micobacterias (esputo) Mycobacterium tuberculosis-complex.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Tuberculosis Pulmonar

### Diagnóstico diferencial

1.Neumonía Bacteriana

2.Absceso pulmonar

3.Cáncer de pulmón

## Comentario final

Considerar la tuberculosis pulmonar como diagnóstico diferencial prioritario ante la presencia de hemoptisis, incluso en pacientes jóvenes, sin comorbilidades ni síntomas constitucionales. La confirmación microbiológica con baciloscopía positiva y cultivo para Mycobacterium tuberculosis evidencia enfermedad activa y alta transmisibilidad, lo que hace fundamental el diagnóstico precoz, inicio oportuno del tratamiento y medidas de control epidemiológico

## Bibliografía


- *Trajman A, Campbell JR, Kunor T, et al. Tuberculosis. Lancet (London, England). 2025;405(10481):850-866. doi:10.1016/S0140-6736(24)02479-6.*
- *Saukkonen JJ, Duarte R, Munsiff SS, et al. Updates on the Treatment of Drug-Susceptible and Drug-Resistant Tuberculosis: An Official ATS/CDC/ERS/IDSA Clinical Practice Guideline. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2025;211(1):15-33. doi:10.1164/rccm.202410-2096ST.*


# 918/127. DE LA FEBRICULA PROLONGADA EN PRIMARIA A ABDOMEN AGUDO EN URGENCIAS


## Autores:

*Mayo Caballero, M.[1], Berger Morrill, C.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrox. Torrox. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga*


## Descripción del caso

Varón de 73 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, con antecedentes de fibrilación auricular, hipertensión arterial, diverticulosis y nódulo tiroideo en estudio. Sin antecedentes quirúrgicos relevantes.

Consulta en Atención Primaria por febrícula vespertina de cinco semanas de evolución, asociada a cuadro catarral autolimitado. Niega cambios en el hábito intestinal u otra sintomatología. En analítica se objetiva elevación de proteína C reactiva, leucocitosis y leve anemia con el resto de parámetros dentro de la normalidad.

De forma brusca, inicia de madrugada dolor centroabdominal intenso acompañado de síncope por hipotensión en su domicilio, por lo que es derivado a urgencias hospitalarias.

## Exploración y pruebas complementarias

A su llegada presenta regular estado general, consciente y colaborador, con tinte ictérico. Tensión arterial 88/53 mmHg, frecuencia cardiaca 84 lpm, saturación de oxígeno 96% y temperatura 36 ºC.

Abdomen en tabla, muy doloroso a la palpación, con marcada defensa y disminución de ruidos hidroaéreos. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos.

En la analítica destaca leucocitosis (19.260/µL) con neutrofilia (16.080/µL), anemia aguda (hemoglobina 8,9 g/dL frente a 10,8 g/dL previos), plaquetas (477.000/µL) y proteína C reactiva 190,9 mg/dL. Hemostasia y resto de bioquímica en rango.

La tomografía computarizada con contraste abdominal y pélvica muestra una masa tumoral mesentérica sugestiva de origen primario, compatible con GIST extraintestinal o leiomiosarcoma, complicada con hemoperitoneo masivo.

Se realiza embolización selectiva por Radiología Intervencionista con éxito, ingresando posteriormente en Cirugía General para intervención y estudio definitivo.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Tumor mesentérico primario (probable GIST extraintestinal o leiomiosarcoma) complicado con hemoperitoneo masivo.

## Diagnóstico diferencial

En el estudio de este abdomen agudo debemos pensar en y descartar: Isquemia mesentérica aguda; perforación de víscera hueca; Disección de aorta abdominal; Sepsis abdominal; colangitis aguda complicada…

## Comentario final

La febrícula prolongada en el paciente anciano debe considerarse un signo de alarma que requiere seguimiento estrecho y reevaluación desde Atención Primaria. Este caso muestra cómo una patología tumoral infrecuente puede debutar de forma inespecífica y evolucionar bruscamente hacia un abdomen agudo hemorrágico con compromiso hemodinámico.

## Bibliografía


- *UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 28 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-*

*with-abdominal-pain?search=abdomen%20agudo&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1*

## 918/130. DISFAGIA CRÓNICA EN MUJER JOVEN: SOSPECHA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

### Autores:

*Palma Jiménez, J.[1], Ramos Fernández, Á.[2], Martín Acevedo, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz*

### Descripción del caso

Mujer de 28 años, extranjera y sin hábitos tóxicos, que consulta en su centro de salud por disfagia progresiva a sólidos de aproximadamente cinco años de evolución. Presentaba episodios repetidos de atragantamiento, especialmente con carne, acompañados de dolor retroesternal y sensación de nudo al deglutir. No refería disfagia para líquidos ni pérdida ponderal. Asociaba pirosis ocasional, regurgitación ácida y estreñimiento crónico, sin haber recibido previamente tratamiento con inhibidores de bomba de protones ni antiácidos. Entre los antecedentes destacaban una hipertensión gestacional y antecedentes familiares de asma alérgica, lo que sugería un terreno atópico, por lo que se inició estudio desde Atención Primaria y se derivó a Digestivo.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración física sin hallazgos patológicos: buen estado general, eupneica, sin adenopatías, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen blando y no doloroso y exploración neurológica sin alteraciones.

Analítica con hemograma, bioquímica y perfil férrico dentro de la normalidad. Función tiroidea normal y prueba de Helicobacter pylori negativa. La IgE total se encontró elevada (312 UI/mL).

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Ante la presencia de disfagia crónica a sólidos en paciente joven con antecedentes atópicos se sospechó esofagitis eosinofílica, solicitándose endoscopia digestiva alta y derivación a Digestivo.

### Diagnóstico diferencial

Se consideraron enfermedad por reflujo gastroesofágico complicada, estenosis péptica, acalasia y neoplasia esofágica, descartadas posteriormente por la evolución clínica, la edad de la paciente y los hallazgos endoscópicos.

### Comentario final

La gastroscopia mostró anillos concéntricos, surcos longitudinales y exudados blanquecinos, con biopsias compatibles con esofagitis eosinofílica (>30 eosinófilos por campo). Se inició tratamiento con omeprazol 40 mg cada 12 horas y budesonida en comprimidos bucodispersables 1 mg cada 12 horas durante ocho semanas, con instrucciones de disolver en la boca y deglutir lentamente. La paciente presentó mejoría clínica significativa, desapareciendo los episodios de atragantamiento. Este caso subraya la importancia de sospechar esta entidad en Atención Primaria ante disfagia en adultos jóvenes para evitar retrasos diagnósticos.

### Bibliografía

1. United European Gastroenterology. *Guidelines on eosinophilic esophagitis. United European Gastroenterology Journal. 2022.*

- *American College of Gastroenterology. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis. American Journal of Gastroenterology. 2020.*
- *Dellon ES, Liacouras CA, Molina-Infante J, et al. Updated international consensus diagnostic criteria for eosinophilic esophagitis. Gastroenterology. 2018.*

## 918/131. ENTRE AMPOLLA Y RAZÓN: EXPLORANDO UNA LESIÓN

### Autores:

*Cabanillas de la Casa, C.[1], Palomares Álvarez, V.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares A Virgen de Linarejos. Linares. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares C San José. Linares. Jaén*

### Descripción del caso

Mujer de 62 años, con antecedentes de hiperlipemia mixta e hipertensión arterial. Vive sola, independiente

para sus actividades básicas de la vida diaria. Consulta a su Médico de Atención Primaria por presentar, durante más de una semana de evolución, lesiones cutáneas eritematosas y pruriginosas con ampollas distribuidas en todo el cuerpo y empeoramiento progresivo. Niega medicación nueva y explica episodio similar hace varios meses, no distermia ni fiebre.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración: presencia de múltiples lesiones con base eritematosa, algunas ampollosas y otras costrosas, distribuidas en zona de tronco, manos, abdomen, axilas, miembros superiores e inferiores. No afectación de mucosas y signo de Nikolsky negativo. Pruebas complementarias: las analíticas seriadas mostraron anemia moderada, elevación persistente de reactantes de fase aguda e inmunoglobulina E (3472 UI/mL). El cultivo de exudado cutáneo (realizado por su Médico de Familia) fue positivo para Staphylococcus Aureus, interpretado como sobreinfección secundaria. Se realizó teleconsulta a Dermatología, que citó a la paciente y, ante la clínica de prurito incontrolable a pesar de tratamiento y empeoramiento del estado general, indicó ingreso hospitalario. Se toma biopsia cutánea, dando anticuerpos anti-membrana basal epidérmica positivo (título 1:640) y dermatitis vesicular subepidérmica con infiltrado inflamatorio rico en eosinófilos.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Penfigoide ampolloso inmunomediado.

### Diagnóstico diferencial

Escabiosis, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica toxica, impétigo estafilocócico.

### Comentario final

Se inició tratamiento con azatioprina con ciclosporina y corticoides tópicos, con resolución progresiva de las lesiones y del prurito. Al alta, se pautó prednisona en pauta descendente, calcipotriol/betametasona e hidroxizina, consiguiendo remisión completa. Este caso resalta la importancia del Médico de Atención Primaria en la detección precoz a través de la anamnesis y exploración física sistemática para establecer un buen diagnóstico diferencial, datos de alarma y reforzar la coordinación entre servicios para el manejo y diagnóstico de patologías inmunomediadas.

### Bibliografía


- *-Wetter DA; Leiferman KM. Clinical features and diagnosis of bullous pemphigoid and mucous membrane pemphigoid. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc. ; 2024 Apr 29.*
- *-McMahon P. Staphylococcal scalded skin syndrome. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc.*


## 918/132. CUANDO EL DOLOR LUMBAR NO ES SOLO DOLOR: EL SUSURRO DE UNA ALERTA TEMPRANA


### Autores:

*Jiménez Henríquez, L.[1], Ramos Fernández, Á.[2], Gómez Nieves, O.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz, (3) Especialista en Medicina de Urgencias. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz*


### Descripción del caso

Varón de 54 años, camarero. Consulta en Atención Primaria por deterioro progresivo del estado general de 10 días de evolución, asociado a hiporexia, vómitos intermitentes, estreñimiento, disgeusia con sequedad de mucosa oral, oliguria, coluria y artromialgias. En los meses previos, había presentado episodios recurrentes de dorsolumbalgia sin respuesta a AINEs, así como prurito periorbitario bilateral. Entre sus antecedentes personales destacaban una hidrocefalia normotensiva resuelta y una hernia discal L4-L5 sin indicación quirúrgica. Ante el empeoramiento clínico y la suma de síntomas generales, se derivó a urgencias hospitalarias.

### Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física, se detectaron signos de deshidratación, palidez mucocutánea y tinte cetrino, sin aspecto séptico y con constantes hemodinámicas estables. Se objetivó eccema periorbitario bilateral. La auscultación cardiopulmonar fue anodina. Las radiografías previas de columna no mostraban alteraciones significativas. Analíticamente, presentaba una insuficiencia renal aguda con cifras elevadas de creatinina y urea, filtrado glomerular muy disminuido, hiperpotasemia severa, proteinuria y anemia microcítica. El electrocardiograma mostró ondas T picudas, sin arritmias.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

El paciente recibió tratamiento urgente y precisó ingreso hospitalario. El estudio etiológico posterior permitió identificar una insuficiencia renal aguda sobre enfermedad renal crónica secundaria a riñón de mieloma. La biopsia confirmó un mieloma múltiple de cadenas ligeras lambda y la tomografía computarizada evidenció lesiones osteolíticas en cuerpos vertebrales lumbares.

## Diagnóstico diferencial

Se valoraron distintas entidades, entre ellas insuficiencia renal aguda secundaria a deshidratación y/o uso de AINEs, pielonefritis aguda, insuficiencia suprarrenal, pancreatitis, procesos neoplásicos y enfermedades autoinmunes sistémicas.

## Comentario final

Este caso pone de manifiesto la relevancia de la Atención Primaria en la detección precoz de signos de alarma ante síntomas inespecíficos como el dolor lumbar persistente. Una valoración integral permitió identificar una insuficiencia renal aguda grave y facilitar un diagnóstico etiológico precoz de una patología hematológica subyacente de gran impacto pronóstico.

## Bibliografía

1. Dimopoulos MA, Merlini G, Bridoux F, et al. Management of multiple myeloma-related renal impairment: recommendations from the International Myeloma Working Group. Lancet Oncol. 2023;24(7):e293-311.

2. Zhang Y, Pan J, Kang H, et al. Prognosis of concurrent renal impairment at diagnosis of multiple myeloma: a systematic review. Ann Med. 2024;56(1):2380301.

# 918/135. ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA TRAS INFILTRACIÓN INTRAARTICULAR: PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA EN EL SEGUIMIENTO CLÍNICO

## Autores:

*Perez Castro, V.[1], Díaz Sánchez, M.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla*

## Descripción del caso

mujer de 60 años, fumadora, con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), dislipemia y obesidad, sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Consulta en atención primaria (AP) por gonalgia mecánica derecha de más de un año de evolución tras entorsis, refractaria a analgesia habitual. Se solicita resonancia magnética de rodilla derecha que objetiva rotura de menisco externo, por lo que se deriva a traumatología, donde se realiza infiltración intraarticular con corticoesteroides y ácido hialurónico, con mejoría inicial. Posteriormente presenta dolor intenso de dicha rodilla y edema, motivo por el que se deriva a urgencias de su hospital en donde orientan el caso como celulitis y pasa por varios ciclos de antibioterapia vía oral sin mejoría.

## Exploración y pruebas complementarias

tumefacción del miembro inferior derecho respecto al contralateral y dolor a la palpación en cara medial del muslo con zona de empastamiento y punto de supuración fluctuante. Analítica sanguínea: leucocitos 15.650, neutrófilos 12.390, plaquetas 417.000 y proteína C reactiva 73,8 mg/l. Tomografía computarizada con contraste: colección en el espesor del músculo vasto medial de 12 × 8 × 11 cm con extensión periarticular. Artrocentesis: líquido turbio hemático con glucosa 36 mg/dl (glucemia simultánea de 133 mg/dl), proteínas 5,9 g/dl, LDH 5.013 U/l y leucocitos 79.067 con predominio de polimorfonucleares. Cultivo de líquido articular: Staphylococcus aureus sensible a oxacilina.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

los hallazgos clínicos, analíticos y microbiológicos orientan a artritis séptica de rodilla derecha secundaria a infiltración intraarticular

## Diagnóstico diferencial

celulitis, trombosis venosa profunda, bursitis séptica, reagudización inflamatoria postinfiltración y artritis inflamatoria

## Comentario final

se realiza artrotomía y lavado quirúrgico con antibioterapia intravenosa dirigida con cefazolina, con evolución favorable. Este caso destaca la importancia del seguimiento estrecho en AP tras infiltraciones articulares, ya que la persistencia de signos inflamatorios debe hacer sospechar complicaciones infecciosas graves, siendo el médico de familia clave en su detección precoz y derivación adecuada.

## Bibliografía

- *Sanpera I, Salom M, Alves C, Eastwood D. Diagnosis and management of septic arthritis: a current concepts review. J Clin Med. 2025;19(1):14-19. doi:10.1177/18632521241311302.*
- *Wu KA, Decker MF, Finley OD. Native joint septic arthritis: diagnosis, treatment, and outcomes in adults. Antibiotics (Basel). 2024;13(7):596. doi:10.3390/antibiotics13070596.*


# 918/139. FIRES: CUANDO EL ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO DESAFÍA LOS LÍMITES DEL TRATAMIENTO CONVENCIONAL.


## Autores:

*Rivero López, R.[1], Ocaña Rojas, F.[1], Fernández Curbelo, J.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel - Benalmádena. Benalmádena. Málaga*


## Descripción del caso

Paciente de 41 años con APP: HTA, obesidad, Nefrostomía derecha con catéter doble J; que acude derivada a urgencias hospitalarias por cuadro de desorientación sin focalidad neurológica, lesiones petequiales en espalda, torso y cara, y fiebre de 40ºC, sin foco infeccioso, desde hace una semana, para la cual recibió tratamiento sintomático sin mejoría clínica.

## Exploración y pruebas complementarias

A su llegada por Críticos, se encuentra consciente, desorientada en las tres esferas, no obedece órdenes, PICNR sin rigidez de nuca.

- Se realiza TAC de cráneo sin hallazgos patológicos
- Se realiza punción lumbar (liquido claro, glucemia normal, 1 leucocito y 25 proteínas)
- Comenzado con crisis tónico-clonicas generalizada que ceden con Midazolam por lo que es ingresada en UCI.
- RMN: Aumento de señal de secuencia T2 que afecta hipocampo de ambos hemisferios cerebrales de forma simétrica, lóbulos frontales y a nivel insular: compatible con encefalitis herpética
- Marcadores onconeuronales negativos
- EEG: grado severo de afectación cerebral difusa. Situación de estado epiléptico focal, que responde a propofol.
- RMN (2meses de ingreso): Área de hiperseñal en T2 y FLAIR de nueva aparición con localización frontal y parasagital derecha en relación con actividad epileptógena.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Estatus Epiléptico Refractario tipo FIRES por Encefalitis Herpética. Bacteriemia por S. epidermidis asociada a CVC. Aspergilosis pulmonar invasiva.

## Diagnóstico diferencial

1- Encefalitis autoinmune.

2-Encefalopatia epiléptica secundaria a causas metabólicas.

3-Encefalitis paraneoplásica.

## Comentario final

Durante su ingreso, se solicitó traslado a Málaga por escasa respuesta al tratamiento y mantenerse en estatus epiléptico, llegando a administrarse hasta 6 fármacos antiepilépticos. Ahora en tratamiento rehabilitador por debilidad global que le dificulta la marcha.

La función del MFYC desde la urgencia fue fundamental, por la detección precoz de los signos de alarma; así como la continuidad asistencial, la vigilancia de efectos adversos del tratamiento y la coordinación con el resto de especialidades, posicionan al médico de familia como un pilar esencial en el manejo integral de esta paciente.


## Bibliografía

- *1- Trinka, E., Cock, H., & Hesdorffer, D. (n.d.). Epileptic Seizures and Syndromes in Adults and Children.*
- *2- Lancaster, R. J., Boon, A. J., So, E. L., Frey, L. C., Kelley, B. P., & Kokkinos, V. (n.d.). Status Epilepticus: Causes, Treatment and Research.*


# 918/141. HERNIA INGUINAL SOSPECHADA, LINFOMA CONFIRMADO: LA IMPORTANCIA DE MIRAR MÁS ALLÁ.


## Autores:

*Delgado-Yumar Tudela, A.[1], Rodríguez Rodríguez, D.[2], Fernández Ramos, P.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar.*

*Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Herradura. Almuñécar. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada*

## Descripción del caso

Varón de 77 años con antecedentes personales de dislipemia y cáncer de próstata intervenido, que acude a consulta por la aparición de una tumoración en región inguinal derecha de un mes de evolución, no dolorosa, que parece protruir con los movimientos corporales. Niega náuseas, vómitos o alteraciones del ritmo intestinal. Asimismo, no refiere síntomas constitucionales ni clínica infectocontagiosa previa.

Ante la sospecha de hernia inguinal no complicada, se solicita ecografía en Atención Primaria y se deriva al servicio de Cirugía General.

Dos semanas después, el paciente acude para la realización de la ecografía y refiere la aparición de nuevas tumoraciones en regiones axilares y cervicales. Ante esta evolución clínica, se plantea la sospecha de un proceso linfoproliferativo, por lo que se deriva al servicio de Medicina Interna, siendo finalmente diagnosticado de linfoma B de células del manto.

## Exploración y pruebas complementarias

Primera consulta:

Buen estado general. Paciente consciente, orientado y colaborador. Normohidratado y normocoloreado, con adecuada perfusión distal. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen blando y depresible, no doloroso ni defendido, sin signos de peritonismo ni visceromegalias, con peristaltismo conservado.

En región inguinal derecha se palpa tumoración indurada, de superficie lisa y bordes regulares, que protruye discretamente con las maniobras de Valsalva, no completamente reductible. La exploración en bipedestación no muestra cambios significativos.

Consulta para ecografía:

A la exploración se palpan conglomerados adenopáticos en regiones axilares bilaterales, laterocervicales y supraclaviculares. Asimismo, se objetiva adenopatía en región inguinal izquierda, de menor tamaño que la derecha.

La ecografía muestra hallazgos compatibles con proceso linfoproliferativo.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Hernia inguinal derecha.

## Diagnóstico diferencial

Síndrome linfoproliferativo.

## Comentario final

Este caso pone de manifiesto la importancia de considerar los diagnósticos diferenciales ante patologías que afectan a zonas de cadenas ganglionares, incluyendo los procesos linfoproliferativos o tumorales, dada su posible agresividad. Asimismo, destaca el papel de la ecografía en Atención Primaria, que permite identificar características sugestivas de adenopatías frente a otras etiologías frecuentes, como la hernia inguinal, y facilita la detección precoz y la derivación oportuna.

## Bibliografía

Deflaoui T, Benhammou M, El Ouahabi A. Conglomerate of inguinal lymphadenopathies mimicking a strangulated hernia: a case report and review of imaging necessity. J Surg Case Rep. 2025;2025(6):rjaf371.

# 918/149. EDEMA SIMÉTRICO DE MANOS: UNA CLAVE DIAGNÓSTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

## Autores:

*Palma Jiménez, J.[1], Ramos Fernández, Á.[2], Sánchez Rodríguez, J.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz*

## Descripción del caso

Mujer de 57 años que consulta en su centro de salud por cuadro de tres semanas de evolución de hinchazón progresiva en ambas manos, acompañado de dolor y rigidez matutina, con limitación funcional para cerrar los puños y realizar actividades cotidianas. Posteriormente asocia edema en ambos pies. Niega fiebre, pérdida de peso, lesiones cutáneas, fenómeno de Raynaud u otra clínica sistémica. No antecedente traumático

previo. Como antecedente personal presenta dislipemia en tratamiento con simvastatina.

Ante la persistencia de la clínica y su repercusión funcional, se inicia estudio desde Atención Primaria ante sospecha de patología inflamatoria.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: buen estado general, afebril. Edema bilateral simétrico con fóvea en dorso de ambas manos, con tumefacción de partes blandas y limitación dolorosa de la movilidad activa. Edema maleolar bilateral con fóvea. Resto de la exploración sin hallazgos relevantes.

Analítica: hemoglobina 13,2 g/dL, leucocitos 6.850/µL, plaquetas 278.000/µL, creatinina 0,78 mg/dL, AST 21 U/L, ALT 18 U/L, albúmina 4,1 g/dL, PCR 0,4 mg/dL, VSG 18 mm/h, TSH 2,1 µUI/mL. ANA y factor reumatoide negativos.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Ante la presencia de edema simétrico con fóvea en manos, asociado a dolor y rigidez, con seronegatividad y ausencia de afectación sistémica, se estableció desde Atención Primaria la sospecha clínica de síndrome RS3PE.

### Diagnóstico diferencial

Se descartaron insuficiencia cardiaca, nefropatía e hipotiroidismo por función renal, hepática y TSH normales, sin proteinuria. La artritis reumatoide y conectivopatías se consideraron poco probables por negatividad del factor reumatoide y ANA, ausencia de sinovitis y reactantes normales. La polimialgia reumática se descartó por la ausencia de afectación de cinturas. La clínica característica orientó a RS3PE.

### Comentario final

Se inició tratamiento con prednisona 15 mg/día, presentando mejoría significativa en dos semanas. El RS3PE es un síndrome infrecuente, de diagnóstico clínico, caracterizado por edema simétrico con fóvea y excelente respuesta a corticoides. Su reconocimiento en Atención Primaria permite un diagnóstico precoz y tratamiento eficaz.

### Bibliografía


- *McCarty DJ, O'Duffy JD, Pearson L, Hunter JB. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. JAMA. 1985;254:2763-2767.*
- *Fernández Silva MJ, Vilariño Méndez CR. Síndrome RS-3PE. Med Fam SEMERGEN. 2012;38:472-475.*
- *Olivé A, Del Blanco J, Pons M, Vaquero M, Tena X. Clinical spectrum of RS3PE. J Rheumatol. 1997;24:336-346.*


## 918/150. DE LA HIPERCKEMIA A LA NEUROPATÍA AXONAL: UN RETO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Conde Ruiz, F.[1], Monteros, J.[2], Rubio Polo, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vícar. Vícar. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias. El Ejido. Almería, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería*


### Descripción del caso

Varón de 19 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a atención primaria en julio de 2025 por pérdida progresiva de fuerza en ambos miembros inferiores de tres semanas de evolución, con predominio en gemelos, asociando parestesias distales en ambos pies y mialgias, sin infecciones recientes ni consumo de fármacos, tóxicos o suplementos, manteniendo inicialmente la deambulación sin apoyo, por lo que es derivado para estudio hospitalario ante la sospecha de patología neuromuscular.

### Exploración y pruebas complementarias

En la valoración inicial en atención primaria el paciente presenta dolor a la palpación gemelar y disminución de la fuerza distal con sensibilidad y reflejos conservados. Analítica con creatinfosfocinasa 1.373 U/L y elevación moderada de transaminasas, con reactantes inflamatorios normales y anticuerpos antinucleares negativos. Resonancia magnética lumbar sin hallazgos compresivos relevantes. Una vez derivado a neurología a través del servicio de urgencia se realiza una electromiografía compatible con polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda con componente axonal, líquido cefalorraquídeo normal, estudio autoinmune, infeccioso y paraneoplásico negativo y se objetiva una elevación de ácido metilmalónico con vitamina B12 en rango normal.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Polineuropatía sensitivo-motora axonal subaguda secundaria a déficit funcional de vitamina B12.

## Diagnóstico diferencial

Miopatía inflamatoria o tóxica, radiculopatía lumbosacra compresiva, síndrome de Guillain-Barré con variante axonal, polineuropatía inflamatoria crónica desmielinizante de inicio agudo y neuropatía paraneoplásica.

## Comentario final

Este caso resalta el papel de la atención primaria en la identificación precoz de síntomas neuromusculares progresivos y en la solicitud inicial de pruebas básicas como la creatinfosfocinasa para justificar una derivación temprana, así como la necesidad de no limitar el estudio del déficit de vitamina B12 a su determinación sérica aislada, incorporando marcadores metabólicos como el ácido metilmalónico y la homocisteína ante sospecha neurológica, lo que permite detectar déficits funcionales con valores aparentemente normales y optimizar el diagnóstico de causas potencialmente reversibles.

## Bibliografía


- *Hannibal L, Lysne V, Bjørke-Monsen AL, Behringer S, Grünert SC, Spiekerkoetter U, Jacobsen DW, Blom HJ. Biomarkers and Algorithms for the Diagnosis of Vitamin B12 Deficiency. Front Mol Biosci. 2016 Jun 27;3:27. doi: 10.3389/fmolb.2016.00027. Erratum in: Front Mol Biosci. 2017 Aug 08;4:53. doi: 10.3389/fmolb.2017.00053. PMID: 27446930; PMCID: PMC4921487.*


# 918/152. ARTROPATÍA PSORIÁSICA: ROL DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ


## Autores:

*Hernández Zuniga, C.[1], García Chueco, I.[2], García López, M.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salobreña. Salobreña. Granada*


## Descripción del caso

Varón de 49 años, sin antecedentes de interés, acude a Atención Primaria (AP) por poliartralgias en manos con deformidad asociada de larga data (inicio: 2020) que se manifiesta tanto en reposo como en movimiento presentándose peor a primera hora de la mañana, acompañado de rigidez durante todo el día. En consulta también describe aparición de lesiones eritematodescamativas en cuero cabelludo y codos.

## Exploración y pruebas complementarias

Tras examinar paciente, se aprecia eritema tras línea de implantación frontal en cuero cabelludo con descamación fina, relieves óseos en área interfalángica proximal (IFP) y distal casi globales.

La radiografía muestra pérdida de espacios articular en IFP y distales con erosiones yuxtaarticulares y subcorticales y procesos osteoproliferativos de predominio en mano derecha.

En la analítica destacan: Fosfatasa Alcalina 118 U/L, Creatin-quinasa 281 U/L, Velocidad de Sedimentación Globular 5 ml/h, Factor Reumatoide 5 U/ml, encontrándose el resto de valores , incluyendo Proteína C Reactiva, en rango y siendo los anticuerpos: anti-péptido citrulinado (ACPs), anti-nucleares (ANAs) y contra antígenos nucleres extraíbles (ENAs) negativos.

Finalmente, ante la sospecha de artropatía psoriásica se realiza derivación a Reumatología.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Artropatía Psoriásica poliarticular periférica

## Diagnóstico diferencial

Artrosis erosiva de manos con daño articular establecido

## Comentario final

Tal como señalan los trabajos de Poddubnyy D et al.1 y Stack RJ et al.2, la AP constituye el punto clave para el reconocimiento inicial de las artritis inflamatorias.

La identificación de signos clínicos, así como la derivación temprana permiten identificar precozmente a los pacientes con artritis psoriásica instaurando rápidamente el tratamiento lo que asocia mejores resultados funcionales. Teniendo en cuenta que muchos casos debutan con manifestaciones inespecíficas, la sospecha clínica en fases agudas puede resultar compleja lo que nos debe animar como profesionales a reforzar la capacidad de cribado clínico en AP algo determinante para el pronóstico de estas enfermedades.

## Bibliografía


- *Stack RJ, Nightingale P, Jinks C, Shaw K, Herron-Marx S, Horne R, et al. Suspected very early inflammatory*

*rheumatic diseases in primary care. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2019;33(4):101423.*

- *Poddubnyy D, van Tubergen A, Landewé R, Sieper J, van der Heijde D. Early recognition of patients with axial spondyloarthritis – evaluation of referral strategies in primary care. Rheumatology (Oxford). 2020;59(1):e1–e8. Artritis psoriásica, Enfermedad reumáticas, Poliartralgias*

## 918/153. MICROHEMATURIA Y STUI EN PACIENTE DE RIESGO: LA CITOLOGÍA COMO HERRAMIENTA CLAVE

### Autores:

*García López, M.[1], García Chueco, I.[2], Hernández Zuniga, C.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salobreña. Salobreña. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada*

### Descripción del caso

Mujer de 53 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo, exfumadora con un índice de 40 paquetes/año (IPA) y menopausia a los 42 años, consulta en el Servicio de Urgencias Hospitalarias por síntomas del tracto urinario (STUI) de larga data. La paciente había sido atendida en cinco ocasiones a lo largo del último año en diferentes servicios de urgencias, tanto hospitalarios como de atención primaria (AP), con diagnóstico en las cinco consultas de infección del tracto urinario para lo que había recibido diferentes tratamientos antibióticos sin que se hubiera realizado urocultivo alguno.

A nivel clínico la paciente presentaba dolor en fosa renal derecha irradiado a glúteo y episodios de disuria intensa asociados a micro-hematuria detectada en sistemático de orina, además de gran sequedad vaginal.

Dada la persistencia de sintomatología y la microhematuria, la paciente fue derivada desde el servicio de Urgencias a Urología.

### Exploración y pruebas complementarias

Ecografía en consulta de Urología: vejiga vacía de paredes finas, ambos riñones en fase renal sin hidronefrosis.

Tras ser valorada en Urología se le solicitan tanto el Urocultivo como la Citología de orina y se deriva a Atención Primaria (AP).

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Infección del tracto urinario de repetición.

### Diagnóstico diferencial

- Carcinoma urotelial.
- Cistitis hemorrágica.
- Litiasis renal

### Comentario final

En esta paciente, la presencia de microhematuria asociada a STUI de un año de evolución y un IPA 40 paquetes/año permite encuadrar el caso en un perfil de mayor riesgo y si en lugar de consultar en diferentes servicios de urgencias la paciente hubiera recibido seguimiento por parte de AP se hubiera podido enfocar el caso de una forma más global.

Aunque la citología urinaria no se recomienda de forma rutinaria en la microhematuria aislada, no debemos olvidar que la evidencia y las guías clínicas más recientes como Barocas et al. apoyan su solicitud en pacientes con síntomas persistentes y factores de riesgo oncológico.

### Bibliografía

- *Barocas DA, Boorjian SA, Alvarez RD, Downs TM, Gross CP, Hamilton BD, et al. Microhematuria: AUA/SUFU guideline. J Urol. 2020;204(4):778-786.*

## 918/154. LESIONES AMPOLLOSAS EN LA GESTACIÓN, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Autores:

*Ramos Luna, P.[1], Algorri Ferrero, S.[2], Ollero Rodriguez, T.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera - Sur. Utrera. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla*

### Descripción del caso

Mujer de 28 años de 26 semanas de gestación que consulta por aparición súbita de lesión muy pruri-

ginosa en región de tabaquera anatómica de mano derecha para la que se pautó metilprednisolona en crema. Reconsulta al día siguiente por aparición de ampolla de gran tamaño sobre la lesión previa, se mantuvo el mismo tratamiento ante la ausencia de otras lesiones y se citó en 72 horas para ver evolución, resolviéndose el cuadro.

### Exploración y pruebas complementarias

Mácula eritematosa de 3-4 cm en región de tabaquera anatómica de mano derecha, que evoluciona y presenta al día siguiente ampolla a tensión de 2 cm de diámetro sobre dicha mácula. No otras lesiones ampollas en la mano ni en abdomen ni en otras zonas del cuerpo.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Lesión ampollosa indeterminada.

### Diagnóstico diferencial

Herpes gestiatonis o penfigoide gestacional.

### Comentario final

El herpes gestiatonis, aunque su nombre pueda confundir, es una patología autoinmune que afecta especialmente en segundo y tercer trimestre del embarazo y se caracteriza por la aparición de lesiones inicialmente maculares o papulosas eritematosas y pruriginosas que evolucionan rápidamente a vesículas y ampollas tensas de contenido claro con tendencia a la agrupación y de localización en región periumbilical, pudiendo extenderse hacia el tronco y las extremidades. No se asocia a afectación sistémica, pero sí aumenta el riesgo de parto prematuro y recién nacidos pequeños para la edad gestacional, además de que pueden aparecer estas lesiones en los neonatos de forma transitoria por transferencia de anticuerpos maternos. El tratamiento consiste en corticoides según la afectación, de forma tópica para casos leves y de forma oral para casos más graves. La importancia de este caso es recordar que existen patologías específicas de este grupo poblacional que no son tan frecuentes en la consulta.

### Bibliografía


- *Fong M, Gandhi GR, Gharbi A, et al. Pemphigoid Gestationis. StatPearls [Internet]. 2024 [Consultado 2 Feb 2026]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470287/*


## 918/156. CUANDO LA CONFIANZA CURA: LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE COMO DETERMINANTE DE LA SALUD.


### Autores:

*Ramos Luna, P.[1], Sánchez Casas, V.[1], Millán López, A.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla*


### Descripción del caso

Varón de 56 años, policonsumidor de larga data, acude a su Médico de Familia refiriendo alteraciones analíticas en Urgencias hospitalarias el día previo. Acudió por dolor abdominal y vómitos de 3 días de evolución. Tras sueroterapia le plantearon nueva analítica de control, pero solicitó alta voluntaria por no poder soportar más esperas. Cuando acudió al Centro de Salud, estaba asintomático y rechazaba acudir a Urgencias, se le planteó sueroterapia oral y controles analíticos en el centro.

### Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, buen estado general, normocoloreado, normohidratado. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso, sin defensa abdominal. Signo de Blumberg negativo.

Entre las pruebas realizadas en Urgencias destacaba:

Analítica sanguínea: Leucocitosis 17970 (neutrófilos 13640, linfocitos 2920). Urea 156 mg/dL, creatinina 2.71 mg/dL. Amilasa 61 U/L. Sodio 126 mEq/L, potasio 4.4 mEq/L. PCR 3.6 mg/L, procalcitonina 0.06 ng/mL.

Gasometría venosa: pH 7.52, pCO2 29.9 mmHg, bicarbonato 24 mmol/L, exceso de bases 1.2 mmol/L, ácido láctico 30.4 mg/dL.

Analítica de orina: creatinina 409 mg/dL, sodio <20 mEq/L, EFNa 0.074%.

En control analítico a las 48 horas: Leucocitosis 16800 (neutrófilos 12130, linfocitos 2880). Urea 148 mg/dl, creatinina 1.84 mg/dl. Sodio 128 mEq/L.

Una semana después todos los parámetros se corrigieron.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Insuficiencia renal aguda prerrenal, hiponatremia moderada y alcalosis mixta consecuencia de síndrome emético.

## Diagnóstico diferencial

Otros procesos abdominales como pancreatitis y apendicitis como posibles desencadenantes.

## Comentario final

Los prejuicios existentes ante los pacientes consumidores de tóxicos, así como la dificultad para que en determinadas ocasiones estos cumplan ciertas normas por la necesidad de consumo en las horas de espera en Urgencias hospitalarias, la situación de estrés que supone, la desconfianza hacia el sistema... hacen que las relaciones médico-paciente sean más complicadas con falta de confianza y, en consecuencia, de adherencia terapéutica. Este tipo de paciente son más abordables en Atención Primaria donde se puede crear un ambiente acogedor y sin estrés, esto es lo que consiguió esta Médico de Familia.

## Bibliografía


- *González-Limón HJ, Isela Bermúdez-Villalpando V, Vidal-Solórzano LC. Competencia comunicativa de médicos familiares en una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2022 [Consultado 15 Ene 2026];60(5):563-568. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395916/*


# 918/163. MÁS ALLÁ DEL TDAH: SOSPECHA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMEDAD DE FAHR EN UN ADOLESCENTE CON ANTECEDENTES FAMILIARES


## Autores:

*Rey Merchán, M.[1], Púa Cavilla, A.[2], Fernández Ibáñez, M.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Norte - Cabrerizas. Melilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Norte - Cabrerizas. Melilla, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Norte - Cabrerizas. Melilla*


## Descripción del caso

Varón de 16 años, con diagnóstico previo de TDAH y rasgos dismórficos que consulta por dificultades de concentración y retraso en la adquisición de habilidades básicas de autonomía.

Antecedentes familiares paternos: hipercolesterolemia, hipoacusia neurosensorial leve en oído derecho y moderada en oído izquierdo enfermedad de Fahr.

## Exploración y pruebas complementarias

Destaca incapacidad para mantener el equilibrio en la marcha en tándem (punta-talón), siendo el resto de la exploración normal.

Hemograma, bioquímica y serologías sin alteraciones.

Se deriva a Neurología para despistaje de patología hereditaria dada la carga familiar.

En la TC craneal, considerada la prueba de imagen de elección, se objetivó calcificaciones en ganglios basales y región subcortical frontal izquierda, anormales para la edad.

Inicialmente se realizó estudio mediante hibridación genómica comparada (CGH-array 180K) en sangre periférica, con resultado arr(X,Y)x1,(1-22)x2 sin alteraciones en el número de copias. Posteriormente se amplió el estudio genético mediante secuenciación dirigida de genes asociados a calcificación cerebral primaria familiar, identificándose una variante heterocigota patogénica en el gen SLC20A2, compatible con herencia autosómica dominante.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Enfermedad de Fahr (calcificación cerebral primaria familiar).

## Diagnóstico diferencial

Trastornos del metabolismo fosfocálcico (hipoparatiroidismo, pseudohipoparatiroidismo), infecciones congénitas (TORCH), enfermedades mitocondriales y síndromes genéticos con rasgos dismórficos y discapacidad intelectual.

## Comentario final

Es una entidad caracterizada por depósitos de calcio en ganglios basales y otras regiones cerebrales. Se suele presentar entre la tercera y quinta décadas de la vida. Su prevalencia es < 1/1.000.000 habitantes. Las manifestaciones neuropsiquiátricas o del neurodesarrollo pueden preceder a los síntomas motores clásicos.

La atención integral desde Atención Primaria y la valoración de antecedentes familiares son clave para la detección precoz de enfermedades raras como ésta.

### Bibliografía

- *Carecchio M, Mainardi M, Bonato G. The clinical and genetic spectrum of primary familial brain calcification. J Neurol. 2023;270(6):3270-3277.*
- *Chen SY, Ho CJ, Lu YT, Lin CH, Lan MY, Tsai MH. The genetics of primary familial brain calcification: a literature review. Int J Mol Sci. 2023;24(13):10886.*


## 918/166. UN PASO MÁS EN LAS CERVICALGIAS PERSISTENTES


### Autores:

*Sánchez Casas, V.[1], Ramos Luna, P.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla*


### Descripción del caso

Varón de 61 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y fumador activo (15 paquetes/año). Acude inicialmente a su médico de familia por cervicalgia derecha y rigidez de dos semanas de evolución, relacionadas con malas posturas, que ceden parcialmente con analgesia. Tras tres meses de persistencia clínica y la aparición de parestesias intermitentes laterocervicales derechas, se inicia el estudio radiológico.

### Exploración y pruebas complementarias

En la valoración inicial, el paciente presenta aumento de tono en trapecios y dolor a la hiperflexión. La fuerza y la sensibilidad están conservadas, sin signos de alarma aparentes en ese momento. Inicialmente se solicita radiografía cervical donde se objetiva una vértebra plana en C3 con espacios intervertebrales conservados. Ante este hallazgo se amplía el estudio a una resonancia magnética donde se aprecian lesiones líticas de C2 a C5, aplastamiento de C3 y afectación de partes blandas laterocervical derecha. Ante la sospecha de enfermedad metastásica, se realiza TC toracoabdominal donde se objetiva una lesión hiliar izquierda estenosante, múltiples nódulos pulmonares sólidos y lesión ósea en el sacro. Se contactó con el servicio de Neurocirugía para biopsiar la masa paracervical y se confirma metástasis ósea de adenocarcinoma pulmonar, con determinación de mutación en el gen EGFR.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Adenocarcinoma pulmonar en estadio IV con metástasis óseas (C2-C5, sacro) y pulmonares, con compresión medular a nivel C2 y mutación EGFR positiva.

### Diagnóstico diferencial

Ante el hallazgo de la vértebra plana, se plantearon como opciones:

- Hemangioma
- Granuloma eosinofílico
- Mieloma múltiple
- Metástasis ósea
- Variante de la normalidad

### Comentario final

La cervicalgia es un motivo de consulta prevalente en Atención Primaria, habitualmente de etiología benigna. Sin embargo, este caso subraya la importancia de realizar un seguimiento estrecho y pruebas de imagen ante dolores osteomusculares persistentes que no mejoran, especialmente en pacientes con factores de riesgo como el tabaquismo. A pesar del tratamiento con radioterapia paliativa, osimertinib y quimioterapia, el pronóstico en estadios avanzados sigue siendo desfavorable debido a la progresión de la enfermedad.


### Bibliografía

- *Álvarez Gil M, Delgado Martin ME, Fernández Tola A. Serendipia: algo más que una cervicalgia. AMF 2026;22(1);3934 - Asociación Española Contra el Cáncer. Informe dinámico: Cáncer de pulmón [Internet]. España: Power Bi*


## 918/169. DE UNA CEFALEA COMÚN A UNA OFTALMOPLEJÍA DOLOROSA: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO


### Autores:

*Rodríguez Rodríguez, D.[1], Fernández Ramos, P.[2], Delgado-Yumar Tudela, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local La Herradura. Almuñécar. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada*

## Descripción del caso

Mujer de 24 años que presenta cefalea retroocular izquierda, de carácter intermitente, de moderada intensidad desde hace 3 semanas. El dolor es de predomino nocturno que incluso interrumpe el descanso, asociando visión borrosa y diplopía. Presenta hiperprolactinemia e hipercolesterolemia. Es ingresada por medicina interna y estudiada con pruebas analíticas y de imagen normales.

Tras 2 semanas con tratamiento presenta empeoramiento del cuadro, con aumento del dolor y la diplopía, siendo ingresada finalmente en Neurología para estudio.

## Exploración y pruebas complementarias

Primera consulta: BEG. Consciente y orientada en las 3 esferas. Neurológico sin signos de meningismo ni rigidez nucal. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Limitación a la supraversión del OI. Diplopía en todas las posiciones de la mirada con OI. Resto normal.

Tras empeoramiento: BEG. Consciente y orientada en las 3 esferas. Neurológico sin signos de meningismo ni rigidez nucal. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Restricción en recto superior, inferior y medial del OI. Ptosis del OI. No nistagmo. Sensibilidad trigeminal conservada. No paresia facial supranuclear. Asocia cierta restricción del VI y IV par del OI. Resto normal.

RM craneal: Ligera asimetría a nivel de los senos cavernosos, evidenciando aumento de partes blandas hipercaptante en seno cavernoso izquierdo, que se extiende al ápex orbitario y alcanza area posterior de orbita contactando con superficie externa de musculo recto lateral ipsilateral. Vena oftálmica izquierda congestiva. Arteria coronaria interna izquierda de calibre difusamente disminuido, con mayor estenosis en seno cavernoso y que se ocluye completamente en segmento comunicante. En contexto clínico referido, los hallazgos son muy sugerente de Síndrome de Tolosa-Hunt complicado.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

- Parálisis de tercer par por enfermedad desmielinizante.

## Diagnóstico diferencial

- Parálisis de tercer par de origen microvascular
- Síndrome de Tolosa-Hunt

## Comentario final

Este caso nos hace reflexionar sobre la importancia de la exploración neurológica exhaustiva, ya que, aunque la cefalea es una patología frecuente y normalmente sin complicaciones, nunca podemos descartar que haya un problema subyacente mas complejo asociado.

## Bibliografía


- *-Goadsby PJ, Holland PR, Martins-Oliveira M, Hoffmann J, Schankin C, Akerman S. Pathophysiology of migraine: A disorder of sensory processing. Physiol Rev. 2017;97(2):553–622.*
- *-Hunt WE, Meagher JN, LeFever HE, Zeman W. Painful ophthalmoplegia: Its relation to indolent inflammation of the cavernous sinus. Neurology. 1961;11:56–62.*


# 918/170. DIARREA CRÓNICA SECUNDARIA A OLMESARTÁN: UN CASO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA


## Autores:

*Muñoz Ramírez, M.*[1]

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Limonar. Málaga*


## Descripción del caso

Mujer de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y EPOC, en seguimiento en Atención Primaria y en tratamiento crónico con olmesartán, que consulta por diarrea crónica de instauración progresiva, asociada a pérdida de peso no intencionada, astenia y deterioro del estado general. Inicialmente presenta episodios intermitentes que evolucionan a deposiciones líquidas frecuentes con urgencia defecatoria, sin fiebre ni dolor abdominal relevante. En la valoración inicial se objetivan alteraciones nutricionales, incluyendo descenso de vitamina B12, sugestivas de malabsorción, lo que motiva la ampliación del estudio.

## Exploración y pruebas complementarias

La exploración física no mostró signos de abdomen agudo ni datos de deshidratación. Las analíticas seriadas evidenciaron alteraciones nutricionales. Se realizaron estudios analíticos ampliados, pruebas de imagen abdominal y exploraciones digestivas, sin hallazgos estructurales significativos. Se descartaron patología infecciosa crónica, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca y patología tumoral digestiva.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Ante la persistencia de la clínica y la ausencia de un diagnóstico etiológico, se revisó la evolución temporal de los síntomas y el tratamiento crónico de la paciente. Se planteó la posibilidad de iatrogenia medicamentosa y se sospechó enteropatía asociada a olmesartán, decidiéndose la retirada del fármaco y su sustitución por otro antihipertensivo.

## Diagnóstico diferencial

Se consideraron como diagnósticos diferenciales las principales causas de diarrea crónica con pérdida de peso, incluyendo enfermedad inflamatoria intestinal, patología tumoral digestiva, enfermedad celíaca, infecciones gastrointestinales crónicas y otros síndromes de malabsorción, que fueron descartados mediante las pruebas realizadas.

## Comentario final

Tras la retirada de olmesartán, la paciente presentó mejoría clínica progresiva, con disminución de la frecuencia de las deposiciones y recuperación del estado general, confirmándose el origen farmacológico del cuadro. Este caso resalta la importancia de considerar los efectos adversos medicamentosos en el diagnóstico diferencial de la diarrea crónica y el papel clave del seguimiento longitudinal en Atención Primaria y de la revisión periódica de los tratamientos crónicos para mejorar la seguridad del paciente.

## Bibliografía


- *Rubio-Tapia A, et al. Severe sprue-like enteropathy associated with olmesartan. Mayo Clin Proc. 2012.*
- *DeGaetani M, et al. Villous atrophy and negative celiac serology. Am J Gastroenterol. 2013.*
- *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Olmesartán y riesgo de enteropatía.*


# 918/174. LO DE TODOS LOS INVIERNOS: DESCOMPENSACION DE ICC EN EL CONTEXTO DE UNA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA


## Autores:

*Hurtado Leiva, E.[1], Serna Moreno, J.[2], Ramos Herrera, C.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén*


## Descripción del caso

Mujer de 72 años con ICC descompensada en el contexto de una Neumonía.

Acude a nuestra consulta de AP por sensación de ahogo al caminar que ha empeorado en la última semana tras comenzar con un cuadro febril con tos intensa y malestar general.

Necesita varios cojines para dormir y presenta edema en MMII.

AP: Hiperreactividad bronquial, Obesidad , Hiporitoidismo.

AP Cardiologicos: Insuficiencia Cardíaca Congestiva , Fibrilacion Auricular Paroxística anticoagulada.

Tratamiento basal : Salbutamol a demanda , Corticoide inhalado + LABA en dosis bajas, Levotiroxina, Dapagliflozina, Enalapril , Bisoprolol , Espironolactona, Furosemida y Anticoagulación con ACOD: Apixabán.

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración y Pruebas Complementarias:

- En la exploración presenta crepitantes bibasales a la auscultación respiratoria.
- En rx. Tórax ap. y lateral aparece un derrame pleural para neumónico y una consolidación focal correspondiente a neumonía basal izquierda.
- En resultados analíticos presenta : leucocitosis con neutrofilia y un ProBNP de 2600 . PCR de 97 y troponinas en parámetros normales.
- Se realizó tratamiento deplectivo Intravenoso con diuréticos y sueros hasta estabilización de cuadro agudo y posteriormente en consulta tratamiento diurético ajustado .

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

ICC descompensada por Infección Respiratoria Aguda

## Diagnóstico diferencial

Neumonía , Síndrome de distrés Respiratorio Agudo, Exacerbación Asma, TEP , Miocarditis Viral.

## Comentario final

En este caso toma especial relevancia la detección de los síntomas de IC en AP, la sospecha diagnóstica y la derivación a Urgencias para realizar el diagnóstico y tratamiento del episodio agudo.

La estabilización del cuadro en Urgencias y el posterior ingreso a cargo de Neumología hizo posible su curación .

Posteriormente se realizó el seguimiento en consulta de AP por su MAP con control de los síntomas cardíacos, encontrándose actualmente sin disnea con la actividad que realiza y con menos edemas en MMII.

Dado su asma de base , actualmente apenas precisa inhalador de rescate. Gracias a las medidas terapéuticas adoptadas ha mejorado el estado basal y la supervivencia de la paciente.

### Bibliografía


- *-2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure*
- *-Harrison's Principles of Internal Medicine*
- *-Precipitants of Hospitalized Acute Decompensated Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis*


## 918/175. RINORREA ACUOSA PERSISTENTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

### Autores:

*Monteros, J.[1], López Avendaño, A.[2], Martínez Rodríguez, B.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias. El Ejido. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias. El Ejido. Almería*

### Descripción del caso

Mujer de 45 años que consulta en reiteradas ocasiones en Atención Primaria por rinorrea acuosa unilateral persistente de un mes de evolución, sin fiebre ni afectación del estado general, tratada inicialmente como rinitis con antihistamínicos orales y corticoides intranasales sin mejoría clínica. Posteriormente presenta episodio de deterioro del nivel de conciencia motivo por el cual acude a urgencias hospitalarias.

### Exploración y pruebas complementarias

Presentaba somnolencia y desorientación sin focalidad neurológica. Se realiza tomografía computarizada (TC) craneal urgente objetivándose signos compatibles con encefalitis y defecto óseo en lámina cribosa con sospecha de fístula. El análisis del exudado nasal confirmó presencia de líquido cefalorraquídeo (LCR).

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Encefalitis secundaria a fístula de lamina cribosa de origen espontaneo.

### Diagnóstico diferencial

Rinitis alérgica vs rinitis vasomotora vs sinusitis crónica o poliposis nasal.

### Comentario final

Este caso pone de manifiesto la importancia de sospechar etiologías no inflamatorias ante rinorrea acuosa persistente unilateral refractaria a tratamiento convencional en Atención Primaria, ya que la identificación precoz de fístula de LCR permite evitar complicaciones potencialmente graves como meningitis o encefalitis. La paciente fue sometida a cierre quirúrgico con evolución favorable y sin secuelas neurológicas posteriores.

### Bibliografía

Schlosser RJ. Clinical practice. Cerebrospinal fluid rhinorrhea. N Engl J Med. 2004;351:269-78.

## 918/176. ESTE PICOR ME SUBE LA TENSIÓN

### Autores:

*Romero Carrillo, S.[1], Donaire Galiano, A.[2], Muñoz Jiménez, R.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Montilla. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba*

### Descripción del caso

paciente hipertensa de 65 años, alérgica a niquel, colonia, caínas, etilendiamina y clotrimazol. Consulta por presentar lesiones dérmicas violáceas, simétricas, en ambos antebrazos, piernas y en abdomen, desde junio de 2025.

Revisando su tratamiento habitual, descubrimos que en mayo de 2025, justo un mes antes de la aparición de las lesiones, se añadió hidroclorotiazida a su tratamiento antihipertensivo. Realizamos una búsqueda bi-

bliográfica en la que se describen casos de reacciones liquenoides tras el inicio de la hidroclorotiazida en algunos pacientes.

Suspendemos cautelarmente la hidroclorotiazida y la sustituimos por un bloqueador de los canales de calcio.

### Exploración y pruebas complementarias

A la dermatoscopia se aprecian pápulas eritematoviláceas, poligonales, pruriginosas. Se realiza interconsulta a Dermatología con analítica, para confirmar diagnóstico de sospecha.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Sospecha de reacción liquenoide por hidroclorotiazida.

### Diagnóstico diferencial

liquen plano, eccema de contacto, dermatitis atópica, psoriasis.

### Comentario final

Importancia del tiempo en consulta para realizar una buena anamnesis, exploración física y búsqueda bibliográfica que nos acerque al diagnóstico. De esta forma se mejora la seguridad del paciente, se reducen las revisiones en consulta, las interconsultas o derivaciones a medicina especializada hospitalaria, así como los posibles tratamientos empíricos pautados según el diagnóstico diferencial determinado por la lesión.

### Bibliografía

Llamas-Molina JM, Navarro-Triviño FJ, Ruiz-Villaverde R. Tiazidas: lo que el dermatólogo debería saber. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2022;113(5):498-504. doi:10.1016/j.ad.2021.12.015.

## 918/177. DOLOR TORÁCICO RECURRENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIXOMA AURICULAR IZQUIERDO

### Autores:

*Donaire Galiano, A.[1], Muñoz Jiménez, R.[2], Romero Carrillo, S.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Montilla. Córdoba*

### Descripción del caso

Mujer de 59 años, fumadora, con obesidad e hipotiroidismo, que consulta en Atención Primaria (AP) por episodios recurrentes de dolor torácico atípico. Presentó un episodio inicial en 2011 con dolor torácico y síncope, estudiado en Urgencias y Cardiología, con ECG, ecocardiograma y Holter normales, orientándose como dolor no coronario y síncope vasovagal, con seguimiento en AP. En 2025 reconsulta por dolor torácico intermitente de meses de evolución, independiente del esfuerzo. Ante persistencia y aumento de intensidad, es derivada a Urgencias hospitalarias para descartar síndrome coronario agudo, ingresando para estudio. Tras alta, con diagnóstico de dolor torácico atípico y solicitud de estudio ambulatorio, continúa seguimiento desde Atención Primaria y Cardiología.

### Exploración y pruebas complementarias

En AP, constantes estables, auscultación cardiopulmonar normal. ECG sin alteraciones isquémicas. En hospital, seriación de troponinas sin ascenso significativo, ECG sin cambios y ecocardiograma transtorácico inicial sin cardiopatía estructural. En revisión posterior en Cardiología, nuevo ecocardiograma identifica masa en aurícula izquierda adherida al septo interauricular sugestiva de mixoma. Ecocardiografía transesofágica y angio-TC coronario confirman tumor intracardiaco sin lesiones coronarias. Derivada a Cirugía Cardiovascular, realizándose resección completa del tumor mediante esternotomía media y reconstrucción septal, con confirmación anatomopatológica de mixoma auricular. Evolución postoperatoria favorable, con seguimiento compartido hospitalario y en Atención Primaria.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Dolor torácico recurrente no coronario secundario a mixoma auricular izquierdo.

### Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario agudo, síncope vasovagal, arritmias, dolor musculoesquelético.

### Comentario final

Este caso destaca la importancia del seguimiento longitudinal en Atención Primaria ante dolor torácico recurrente, incluso tras estudios iniciales normales. La reevaluación clínica y coordinación entre ambos niveles asistenciales permitió el diagnóstico de un mixoma

auricular, patología infrecuente pero potencialmente grave. Resalta la necesidad de reconsiderar el diagnóstico ante cambios evolutivos o persistencia de síntomas.

### Bibliografía


- *Islam AKMM. Cardiac myxomas: A narrative review. World J Cardiol. 2022 Apr 26;14(4):206- 219. doi:10.4330/wjc.v14.i4.206. Disponible en: https://www.wjgnet.com/1949- 8462/full/v14/i4/206.htm Okongwu CC, Olaofe OO. Cardiac myxoma: a comprehensive review. J Cardiothorac Surg. 2025;20:151. doi:10.1186/s13019-024-03333-2. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13019-024-03333-2*


## 918/180. "DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO EN ATENCIÓN PRIMARIA: CUANDO LA ECOGRAFÍA CAMBIA EL RUMBO DIAGNÓSTICO"


### Autores:

*Merino Barriuso, P.[1], Peña Pérez, S.[2], Machín Hernández, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 66 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, bebedor ocasional, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo dos, dislipemia, obesidad, hiperuricemia y esteatosis hepática. Tratamiento habitual: enalapril, metformina, simvastatina y omeprazol.

Consulta inicialmente en Atención Primaria por dolor en hipocondrio derecho de tres semanas de evolución, sin fiebre, náuseas ni vómitos. Como único dato asociado refiere coluria en semanas previas, sin clínica miccional ni síndrome constitucional.

### Exploración y pruebas complementarias

TA 156/93 mmHg, FC 116 lpm, afebril. Buen estado general. Abdomen globuloso, hepatomegalia y leve dolor en hipocondrio derecho.

Analítica: leucocitosis (13.160), PCR 91,5 mg/L. Perfil hepático alterado con patrón colestásico (GGT 725 U/L, FA 387 U/L) y citolítico leve (AST 126 U/L, ALT 69 U/L).

Ante la persistencia del dolor y la alteración analítica, se realiza ecografía clínica en consulta de Atención Primaria, objetivándose lesiones ocupantes de espacio hepáticas (LOES) sólidas, heterogéneas, de bordes irregulares, en hígado de contornos irregulares.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

LOES hepáticas múltiples a estudio.

### Diagnóstico diferencial

- – Patología biliar (cólico biliar, colecistitis, colangitis).
- – Hepatitis (viral, tóxica, metabólica).
- – Absceso hepático.
- – Hepatocarcinoma.
- – Metástasis hepáticas.

### Comentario final

Ante la sospecha de patología hepática potencialmente grave, el paciente fue derivado de forma preferente al hospital donde se realiza ecografía reglada en urgencias y se informan múltiples metástasis hepáticas con probable neoplasia primaria en cabeza de páncreas. Finalmente el paciente es ingresado a cargo de Medicina Interna, pendiente de completar el estudio. La Atención Primaria desempeña un papel clave en la detección precoz de patología grave mediante la valoración clínica integral, interpretación analítica y el uso de la ecografía clínica a pie de consulta. Esta herramienta permite estratificar riesgo, priorizar derivaciones y reducir demoras diagnósticas. Además, facilita una comunicación progresiva con el paciente, acompañándolo desde la sospecha inicial hasta el diagnóstico definitivo, reforzando la continuidad asistencial.

### Bibliografía


- *Segura-Grau A, Mejías Gil M, Román Garrido M. Uso de la ecografía clínica en atención primaria: dolor abdominal agudo. Med Fam SEMERGEN 2024;50(9):102369. doi:10.1016/j.semerg.2024.102369.*


## 918/183. ANEMIA DE ORIGEN DESCONOCIDO


### Autores:

*Pérez Rueda, J.[1], Perea Vela, M.[1], Ruano Mayo, A.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz*

## Descripción del caso

Paciente de 79 años , mujer. No constan alergias medicamentosas. No tiene hábitos tóxicos. Como antecedentes personales presenta diabetes, dislipemia , hipertensión, ictus isquémico, fibrilación auricular paroxística con función ventricular conservada.

Acude a consulta por presentar disnea de mínimos esfuerzos de cuatro días de evolución. No presenta recorte de diuresis. Presenta edemas en miembros inferiores así como ortopnea. La paciente no se encuentra en seguimiento por ningún especialista.

## Exploración y pruebas complementarias

La paciente con los antecedentes anteriormente descritos acude de urgencias a consulta por presentar disnea de mínimos esfuerzos de cuatro días de evolución. No presenta recorte de diuresis. Presenta edemas en miembros inferiores así como oA mi valoración la paciente se encuentra quejumbrosa por presentar dolores difusos , consciente y orientada. Presenta cierta palidez cutánea. Eupneica. Saturaciones en rango . Sin fiebre. Frecuencia cardiaca 102lpm. TA : 142/64 mmhg. Auscultación: tonos arrítmicos , sin soplos audibles.Crepitantes bibasales. Abdomen blando y depresible, no doloroso. Peristaltismo conservado. No impresiona de masas ni megalias. Niega exteriorización de sangrado.

- En estudio radiológico se visualiza índice cardio-torácicoen límite alto con infiltrados algodonosos bilaterales.
- Tac: No se identifican nódulos ni opacidades en el parénquima pulmonar. Sin signos de patología pleural. Sin adenopatías mediastínicas .
- Analítica : hemoglobina 8.5. Hemograma normal. Función renal conservada, iones en rango, PCR83.4 PCT6.00. Se detecta componente monoclonal IgG Kappa y beta-2-microglobulina 3.68mg/L.
- EDA y colonoscopia normales.
- Anatomía patológica: sin hallazgos.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Finalmente la paciente fue derivada al servicio de hematología donde se confirmó la sospecha de mieloma múltiple.

## Diagnóstico diferencial

En primer lugar se descartó sangrado activo a nivel gastrointestinal. En un segundo tiempo se realizó despistaje de neoplasia a nivel del aparato digestivo. Por último se manejo la posibilidad de que la causa de la anemia se encontrase a nivel de la medula ósea.

## Comentario final

La importancia de realizar despistajes de anemias completos desde atención primaria y evitar suplementos férricos de manera rutinaria, sin haber realizado un diagnóstico de exclusión. Puesto que se pueden enmascarar patologías que con un diagnóstico precoz presentan mejor respuesta a tratamiento.

## Bibliografía

- *Newhall DA, Oliver R, Lugthart S. Anaemia: A disease or symptom. Neth J Med. 2020 Apr;78(3):104-110. PMID: 32332184.*

# 918/186. "CUANDO LA ASTENIA NO ERA VÍRICA: TUMOR GERMINAL MEDIASTÍNICO CON DERRAME PERICÁRDICO SEVERO EN ADULTO JOVEN"

## Autores:

*Solís Montaño, A.[1], Suárez Sánchez, L.[1], Castillo Mendoza, Y.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tarifa. Tarifa. Cádiz*

## Descripción del caso

Varón de 21 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por astenia progresiva de tres meses de evolución asociada a pérdida ponderal de 9 kg y episodios de sudoración nocturna. En las semanas previas refería tos seca y palpitaciones. No disnea ni dolor torácico.

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración Física: ACP: Taquicardia (120 lpm), soplo sistólico supraclavicular izquierdo e hipofonesis basal derecha.

Masa parotídea izquierda residual

Analítica: Destaca Alfa-fetoproteína (AFP) de 16,761 ng/mL y LDH 397. Resto (ß-HCG, ANA, serologías) normal o negativo.

Pruebas de Imagen: Angio-TC: Masa mediastínica anterior heterogénea de 15 x 7 x 11 cm que desplaza estructuras mediastínicas y comprime la arteria pulmonar.

PET-TC: Marcado hipermetabolismo con áreas de necrosis central.

Ecocardiograma (ETT): Derrame pericárdico de hasta 3 cm y estenosis supravalvular pulmonar extrínseca (Vmax 3.3 m/s).

Histología (BAG): Compatible con Tumor de Células Germinales No Seminomatoso (TGNS), tipo tumor de seno endodérmico.

Ecografía testicular normal (confirma origen extragonadal).

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Tumor de Células Germinales No Seminomatoso (TGNS) Extragonadal de localización mediastínica.

## Diagnóstico diferencial

Linfoma (Hodgkin y No Hodgkin). Timoma / Carcinoma tímico. Teratoma maduro. Seminoma primario de mediastino. Sarcomas mediastínicos.

## Comentario final

El TGNS mediastínico es una neoplasia de extrema agresividad. En este caso, el éxito diagnóstico se inició en Medicina de Familia, donde la sospecha clínica ante síntomas constitucionales motivó la realización de una Rx de tórax y una analítica en el Centro de Salud, identificando la masa parahiliar y la alteración de marcadores de forma precoz.

Su manejo posterior requirió un abordaje multidisciplinar complejo: estabilización en UCI (pericardiocentesis evacuadora), inicio urgente de quimioterapia (esquema BEP) y tratamiento de complicaciones infecciosas intercurrentes. Este caso subraya la importancia de la coordinación entre niveles asistenciales para garantizar la supervivencia en patologías oncológicas de rápida progresión.

## Bibliografía


- *ESMO Guidelines. Germ cell tumours: Diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2015.*
- *NCCN Guidelines. Testicular Cancer. Version 2024.*


# 918/187. ALGO MÁS QUE UNA DORSALGIA


## Autores:

*Vivas López, C.[1], Dionisio Flores, M.[2], Estrada Ayala, P.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San HilaRío - Dos Hermanas B. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montellano. Montellano. Sevilla*


## Descripción del caso

Antecedentes personales:

RAMC: tramadol. HTA, DLP. Espondiloartrosis. Osteoporosis. IQ: Ooforohisterectomía.

Anamnesis:

Paciente de 79 años que consulta por dorsalgia de 4 días evolución. Acude hasta en 3 ocasiones distintas a Servicios de Urgencias, considerándose como diagnóstico dorsalgia mecánica y dolor costal derecho. A nuestra valoración, en el 4º día de no mejoría con analgesia prescrita se aprecian lesiones dermatológicas.

## Exploración y pruebas complementarias

En primeras consultas, dolor a la palpación musculatura paravertebral dorsal y en región costal derecha.

· Rx de Parrilla Costal: No se visualizan fracturas óseas ni otros hallazgos patológicos.

Posteriormente, se aprecian lesiones vesiculosas y costrosas de dispersión metamérica en región costal y submamaria derecha sugestivas de Herpes zóster (VHZ) dorsal en zona correspondiente a nivel de metámera D6 derecha.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Inicialmente se consideró una dorsalgia mecánica pues no se visualizaron las lesiones dermatológicas descritas, por lo que únicamente se trató con analgesia. Posteriormente, una vez se identificaron las lesiones sugestivas de VHZ se inició tratamiento dirigido con Valaciclovir 1g cada 8 horas durante 7 días junto a Septomida en spray para secar y evitar sobreinfección de las lesiones, y, con respecto a la analgesia se añadió Pregabalina.

La paciente tuvo buena evolución con respecto a las lesiones dérmicas, aunque, tras varios meses de evolución, presenta aún neuralgia postherpéti-

ca, siendo incluso valorada por Unidad del Dolor. En tratamiento actual con Pregabalina 330 mg/noches, Tapentadol 150mg retard junto a Tapentadol 50mg rápido de rescate, asociando Lidocaína en parches en zona del dolor. A pesar de la necesidad de analgesia actual, la paciente presenta buena adherencia, tolerabilidad y eficacia analgésica.

### Diagnóstico diferencial

Dorsalgia mecánica. Dolor costal. Herpes Zóster. Neuralgia.

### Comentario final

Este caso nos hace pensar en la importancia de una correcta anamnesis, exploración completa y de la valoración integral de la paciente. No estábamos ante un caso de dorsalgia mecánica aislada, sino ante un caso de neuralgia por VHZ, y, ante la ausencia de exploración completa de la paciente pasan inadvertidos detalles como las lesiones dermatológicas descritas que nos orientan el diagnóstico.

### Bibliografía


- *Molero JM, Ortega J, Montoro I, McCormick N. Estado actual del herpes zóster y las nuevas perspectivas para su prevención. Vacunas. 2024;25(2):254-263*


## 918/188. TOS DE CORTA EVOLUCIÓN Y SENSACIÓN DISNEICA EN PACIENTE JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO.


### Autores:

*Muñoz Jiménez, R.[1], Romero Carrillo, S.[2], Donaire Galiano, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Montilla. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba*


### Descripción del caso

Varón de 46 años sin alergias ni enfermedades conocidas, fumador de 20 paquetes-año, profesión agricultor. Consulta por tos seca y sensación disneica con los esfuerzos, de varios días de evolución. No mocos, no dolor torácico, no diarrea. Afebril. No pérdida de peso. Exploración física: Orofaringe hiperémica sin placas, ACR rítmica sin soplos, algún roncus disperso, abdomen normal, leve edema en miembros inferiores hasta rodillas, no signos de TVP. Analítica: normal salvo ProBNP 30.954 pg/ml. Neumoalérgenos negativos. Rx tórax: Derrame pleural bilateral y varios infiltrados pulmonares. Se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración dónde es ingresado para estudio.

### Exploración y pruebas complementarias

TA 170/118, FC 112, Sat 02 97%. Exploración y Rx tórax descrita arriba. Analítica de urgencias: PCR 15,3 mg/dl, Dimero D 2.433 ng/ml, ProBNP 31.328 pg/ml, Troponina 77,2 ng/L . Esputos con flora orofaríngea. Test coronavirus e influenza A-B negativo. ECG: taquicardia sinusal a 110 lpm, PR normal, QRS estrecho con HBPI, Q y T negativas en cara inferolateral. AngioTC: Arterias pulmonares sin signos de TEP, con lesiones alveolares cavitadas múltiples y derrame pleural bilateral, adenopatías mediastíniscas. ETT: Remodelado ventricular excéntrico con disfunción severa de VI, escara transmural inferior, disfunción VD, datos de congestión sistémica. Cateterismo: Lesión intermedia (40%) en DA en tercio distal con aspecto de trombo recanalizado, resto sin lesiones.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

IC con FEVI reducida tras IAM

### Diagnóstico diferencial

Adenocarcinoma, metástasis, embolia pulmonar, sarcoidosis, vasculitis sistémica, insuficiencia cardíaca.

### Comentario final

La tos seca y disnea constituye un motivo frecuente de consulta en AP que no debe subestimarse, dado que puede corresponder a la manifestación inicial de patologías potencialmente graves. Si bien la etiología infecciosa o el asma son las más habituales, especialmente en pacientes jóvenes, resulta imprescindible descartar otras causas menos prevalentes, pero de mayor relevancia clínica (enfermedades autoinmunes, EPOC, patología neoplásica, embolia pulmonar o insuficiencia cardíaca...), en las que el diagnóstico precoz es determinante para prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico del paciente.

### Bibliografía


- *Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 7º ed. Barcelona: Eselvier*

- *Jameson, J.L., Fauci, A.S., Kasper, D.L., et al. (Eds.). (2022). Harrison. Principios de Medicina Interna (21ª ed.). McGraw-Hill Education.*


## 918/189. "CUANDO EL AIRE FALTA. DESAFÍO DIAGNÓSTICO ANTE UN CUADRO RESPIRATORIO AGUDO"


### Autores:

*Martín Escobar, E.[1], Mohamed Aisa, L.[2], Benain Ávila, J.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro - San Lorenzo. Melilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro - San Lorenzo. Melilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro - San Lorenzo. Melilla*


### Descripción del caso

Varón de 68 años sin alergias medicamentosas conocidas, fumador IPA 50 paquetes/año, diagnosticado de esquizofrenia, hipertensión arterial grado 1 y diabetes mellitus tipo 2; y en seguimiento por dos nódulos pulmonares. Acudimos a su domicilio por disnea de mínimos esfuerzos, dolor de carácter pleurítico, tos escasamente productiva con mucosidad de color verdoso y sensación distérmica no termometrada de dos días de evolución.

### Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta regular estado general, temperatura de 37,7 °C, tensión arterial de 129/87 mmHg, frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto y saturación basal de oxígeno del 84%. En la auscultación respiratoria se objetivan sibilancias y roncus en campo pulmonar derecho, con auscultación cardíaca normal y ausencia de edemas en miembros inferiores. Ante estos hallazgos se decide derivación hospitalaria para valoración urgente y realización de pruebas complementarias. En urgencias se realiza analítica sanguínea, que muestra proteína C reactiva de 4,3 mg/dL y leucocitosis con neutrofilia, con panel respiratorio y antigenuria para neumococo negativas. La radiografía de tórax evidencia condensación en lóbulo superior derecho y nódulos bilaterales, por lo que se amplía el estudio con tomografía computarizada torácica, que revela una masa en el segmento anterior del lóbulo superior derecho sugestiva de neoplasia pulmonar primaria, asociada a focos consolidativos y opacidades en vidrio deslustrado compatibles con sobreinfección, así como múltiples nódulos pulmonares bilaterales sugestivos de enfermedad metastásica.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

neumonía adquirida de la comunidad.

### Diagnóstico diferencial

bronquitis aguda, agudización de EPOC, tuberculosis pulmonar, tromboembolismo pulmonar, atelectasia y neoplasia pulmonar.

### Comentario final

La visita domiciliaria forma parte de la asistencia integral a los pacientes inmovilizados en atención primaria. Tras realizar la anamnesis y exploración física se sospechó un cuadro respiratorio agudo, por lo que fue derivado al hospital para confirmación diagnóstica y

tratamiento, con la posterior sorpresa de encontrar adyacente a la neumonía, una neoplasia de pulmón.

### Bibliografía


- *Carmona González M, Rodríguez Parejo G, Murillo García D, Montero Peña C. Actualización en el abordaje de las neumonías desde atención primaria. Med Fam SEMERGEN. 2025;51(6):102508.*
- *Fernández-Lerones MJ, Landaluce-Fuentes M, Mora-Sáez E, de la Fuente-Rodríguez A, Rodríguez-Juanes ML. Valoración de la disnea como síntoma urgente en atención primaria. Med Gen. 2018;7(2).*


## 918/192. EL OJO CLÍNICO, NUESTRA MEJOR ARMA


### Autores:

*Guevara García, M.[1], Pérez Castro, M.[2], Pacheco García, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Baños de la Encina. Baños de la Encina. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares D Arrayanes. Linares. Jaén, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares D Arrayanes. Linares. Jaén*


### Descripción del caso

Varón de 68 años sin AP de interés ni tratamiento habitual acude a Servicio de Urgencias Hospitalarias por clínica de desorientación temporoespacial de tres días. Familiares cercanos refieren abandono imagen corpo-

ral y autocuidado en último mes con pérdida de peso secundaria.

Niega otra clínica acompañante.

A destacar, durante valoración inicial en Triaje, 2°-3° dedos de ambas manos con coloración amarillenta-anaranajada, se autodefensa como "gran fumador"

## Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, normocoloreado y normohidratado, eupneico y afebril al tacto

ACR:tonos rítmico sin soplos. MVC con roncus disperso

ABDOMEN:blando y depresiones, no doloroso a palpación, no masas ni megalias, sin irritación peritoneal

MMII:no edemas ni signos de TVP

NRL: consciente, desorientado temporoespacialmente, lenguaje desordenado, no pérdida de fuerza ni sensibilidad, pupilas isocóricas normorreactivas,signos meníngeos negativos

PPCC:

- Hemograma, Coagulación, Bioquímica, Sistemático y tóxicos en orina sin alteraciones
- Rx tórax: masa apical pulmón izquierdo de probable origen tumoral
- TC cráneo:dos lesiones compatibles con mtx cerebrales acompañadas de gran edema perilesional que condiciona estructura anatómica y desplaza línea media

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Mtx cerebrales secundarias a neoplasia pulmonar

## Diagnóstico diferencial

Alteraciones hidroelectrolíticas secundarias a escasez de ingesta, Deterioro Cognitivo de inicio, Consumo perjudicial drogas, Tumor cerebral

## Comentario final

Al tratarse de varón joven sin antecedentes pedimos otras pruebas para buscar causa orgánica.

La imagen descuidada nos hicieron prejuzgar y solicitar Tóxicos en orina negativos. Asimismo, los dedos amarillo-anaranjados de las manos llamaban francamente la atención lo que nos hizo activar alarmas en busca de origen tumoralcomo causa probable especialmente dado que a nivel analítico todo estaba en rango de normalidad.

El ojo clínico es nuestra mejor herramienta incluso sin disponer de pruebas complementarias.

Consideramos fundamental entrenarlo y entender que el paciente como un todo empieza por una valoración exhaustiva de la imagen que proyecta el paciente desde que aparece en consulta.

Los médicos de familia y tenemos la ventaja de tener contacto continuado con los pacientes frente a la atención hospitalaria

## Bibliografía


- *Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.*
- *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Guía terapéutica en atención primaria basada en la selección razonada de medicamentos. 8ª ed. Barcelona: semFYC; 2021.*


# 918/193. LUMBALGIA Y FRÍO: UN AVISO TARDÍO


## Autores:

*Jiménez Henríquez, L.[1], Ramos Fernández, Á.[2], Gómez Nieves, O.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea Poniente. La Línea de la Concepción. Cádiz, (3) Especialista en Medicina de Urgencias. Hospital de La Línea de La Concepción. La Línea de la Concepción. Cádiz*


## Descripción del caso

Varón de 63 años, con antecedentes de pielonefritis, cólicos renoureterales repetitivos y aneurisma aórtico de 3 cm. Intervenido de varices. Fumador de medio paquete de tabaco al día y exbebedor habitual. Consulta por dolor lumbociático agudo irradiado a miembro inferior derecho, tras clínica oscilante de un mes de evolución, que no mejora con el uso de opioides. Refiere disminución de sensibilidad y fuerza en ambos miembros, con imposibilidad para deambulación. Dada la clínica se deriva a urgencias hospitalarias.

## Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, afectación general con inquietud, sudoración, palidez mucocutánea y ligera hipertensión. Auscultación cardiopulmonar y abdominal anodina. Miembros inferiores fríos desde raíz, sin pulsos, con livideces y palidez con relleno capilar enlentecido, pre-

dominante en miembro inferior derecho. Debilidad e hipoestesia bilateral. Reflejos rotulianos y tibiales posteriores disminuidos. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda. No hipoestesias en silla de montar. No relajación de esfínteres. Resto exploración neurológica normal. ECG: arritmia sinusal vagotónica a 51 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Analíticamente, presentaba leucocitosis con deterioro de la función renal, leve elevación de CK y ácido láctico, Cannabis positivo. E-FAST abdominal negativa. AngioTC abdominopélvico confirma oclusión aorto-iliaca bilateral con trombo aneurismático a nivel de dicha bifurcación, isquemia arterial de miembros inferiores y múltiples lesiones renales de tipo isquémico.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Se diagnosticó isquemia arterial aguda, tratada con trombectomía transfemoral urgente. No hubo mejoría y el deterioro progresivo del paciente impidió revascularización o amputación posteriores, resultando en fallecimiento del paciente.

### Diagnóstico diferencial

Se valoraron distintas entidades, entre ellas isquemia arterial, trombosis aguda aneurismática, embolia arterial bilateral, disección aórtica, síndrome cauda equina, compresión medular (hernia discal, tumor, absceso, hematoma) o sepsis urinaria.

### Comentario final

Este caso evidencia la importancia de una evaluación clínica cuidadosa ante un dolor lumbociático con factores de riesgo cardiovascular. La ausencia de pulsos y la poiquilotermia son signos clave de patología emergente que puede comprometer la viabilidad de los miembros y la supervivencia del paciente.

### Bibliografía


- *European Society of Cardiology (ESC). 2024 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial disease. Eur Heart J. 2024;45:345 378.*
- *Shishehbor MH, White CJ. Acute Limb Ischemia: Diagnosis and Management. Circulation. 2023;148:1022-1037*


## 918/194. CUANDO EL BUCEO DEJA SECUELAS

### Autores:

*Sola Bullejos, M.[1], Venegas Lorenzo, A.[2], Serrano León, M.[3]*

**Centro de Trabajo:**

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salobreña. Salobreña. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salobreña. Salobreña. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salobreña. Salobreña. Granada*

### Descripción del caso

Varón de 34 años, buzo profesional, sin antecedentes relevantes, que sufrió accidente de buceo en marzo de 2025 mientras trabajaba en el Congo, allí fue tratado inicialmente con cámara hiperbárica y posteriormente valorado por la mutua laboral en España. Cinco meses después acudió a Atención Primaria por parestesias y debilidad en miembros superiores, hipoestesia lumbar bilateral y disfunción autonómica (incontinencia urinaria, dificultad miccional y disfunción eréctil).

### Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física se objetivó abolición de reflejos osteotendinosos en miembros superiores y sintomatología ansioso-depresiva. La mutua laboral realizó RMN cerebral con lesiones isquémicas glióticas en sustancia blanca, significativas para su edad, sin hallazgos medulares concluyentes. Posteriormente se realizó angio-TC pulmonar que descartó tromboembolismo pulmonar y un ecocardiograma transtorácico con suero salino fue positivo para shuntintracardiaco, con sospecha de foramen oval permeable.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Se estableció como juicio clínico accidente isquémico transitorio por microembolización gaseosa medular y cortical.

### Diagnóstico diferencial

Desde Atención Primaria se coordinó valoración por cardiología, urología, neurología y traumatología. En cardiología se objetivó aneurisma del septo interauricular y persistió la sospecha de foramen oval permeable, solicitándose ecocardiograma transesofágico. Urología diagnosticó vejiga neurógena y disfunción eréctil por probable incompetencia venooclusiva versus hipofunción del músculo bulbocavernoso, recomendando microembolización selectiva e iniciando tadalafilo 5 mg/día, parcialmente efectivo. El paciente fue además valorado por neurología privada, manteniéndose seguimiento longitudinal en Atención Primaria.

## Comentario final

Como conclusión, la enfermedad descompresiva puede generar secuelas neurológicas y autonómicas persistentes pese a pruebas de imagen poco concluyentes, destacando el papel clave de Atención Primaria en la sospecha diagnóstica, la coordinación multidisciplinar y el abordaje integral clínico, funcional y psicosocial del paciente. El caso refleja la importancia de mantener alta sospecha clínica ante síntomas neurológicos tardíos tras enfermedad descompresiva, incluso cuando las pruebas iniciales no son concluyentes, así como de ofrecer acompañamiento continuado, apoyo emocional estructurado y orientación laboral realista para minimizar el impacto funcional y psicológico a largo plazo en pacientes jóvenes previamente sanos activos.

## Bibliografía


- *Vann RD, Butler FK, Mitchell SJ, Moon RE. Decompression illness. Lancet. 2011;377(9760):153-64.*
- *Wilmshurst PT, Pearson MJ, Walsh KP, Morrison WL, Bryson P. Relationship between interatrial shunts and decompression sickness in divers. Lancet. 1989;2(8675):1302-6.*


# 918/196. "DEL SENO AL CEREBRO: UN VIAJE INESPERADO DE LA SINUSITIS"


## Autores:

*Pacheco García, M.[1], Guevara García, M.[2], Pérez Castro, M.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares D Arrayanes. Linares. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Agustín. Linares. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares D Arrayanes. Linares. Jaén*


## Descripción del caso

Paciente de 41 años sin antecendentes de interés ni tratamiento domiciliario, salvo fumadora activa de 12 cigarrillos/día.

Acude a urgencias por episodio de desorientación de 5 minutos de duración, acompañado de emisión de lenguaje incoherente. Tras el episodio, inicia dolor cervical y náuseas.

Refiere mareo sin percepción de giro de objetos. Niega pérdida de conciencia o cuadro sincopal. No vómitos asociados.

Como antecedente episodio de sinusitis aguda con sensación distermica no termometrada la semana previa, actualmente en tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico.

## Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Consciente, bradipsíquica, orientada. TA 123/64 mmHg. Afebril. Eupneica. No taquicárdica. Glasgow 15/15.

Auscultación cardiorespiratoria: rítmica. Murmullo vesicular conservado.

Exploración neurológica: Pupilas isocóricas y reactivas a la luz. Movimientos oculares conservados, resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas en extremidades. Sin dismetría ni disdiadococinesia. Marcha conservada. No afasia ni disartria. Sin signos meníngeos negativos.

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación. Sin irritación peritoneal.

Columna cervical: Leve rigidez cervical y dolor a la palpación de apófisis espinosas cervicales.

Analítica: Leucocitosis (13.680/µL) a expensas de neutrofilia (11.450/µL) y trombocitosis (482.000/µL). Coagulación y bioquímica en rango. PCR 51 mg/L. Orina: leucocituria, resto normal. Tóxicos negativos.

Gasometría venosa: pH 7,44; HCO3? 25,7; EB +1,6.

TAC Cráneo: Los hallazgos sugieren abscesos cerebrales frontal derecho, multiloculados, con áreas de abscesificación. Asocian edema citotóxico y signos de efecto masa. La colección frontobasal, sugiere absceso epidural.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

ABCESO CEREBRAL

## Diagnóstico diferencial

Síndrome confusional agudo, ACV transitorio, encefalopatía infecciosa, crisis epiléptica focal.

## Comentario final

La sinusitis patología usual en nuestra practica, sin embargo sus complicaicones no. La localización de las lesiones y los cambios inflamatorios en los senos sugiere diseminación por contigüidad. No obstante, la ausencia de síntomas o déficit neurológico hacen que sea improbable. Ante empeoramiento clínico o aparición de focalidad, se realizaría resonancia para descartar patología intracraneal.

## Bibliografía

- *Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.*
- *Hospital Universitario 12 de Octubre. Manual de urgencias. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2021.*
- *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Guía terapéutica en atención primaria basada en la selección razonada de medicamentos. 8ª ed. Barcelona: semFYC; 2021.*


# 918/197. CUANDO LA CLÍNICA NO ENCAJA: BANDERAS ROJAS EN DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA


## Autores:

*Andrades Fernández, L.[1], Louro Fernández, E.[2], García Vázquez, S.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rota. Rota. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rota. Rota. Cádiz*


## Descripción del caso

Acude a nuestro centro de salud un varón de 77 años, sin alergias medicamentosas. Cómo hábitos tóxicos que destacar es bebedor habitual (16 UU/semana) y exfumador. Antecedentes personales de interés: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular permanente y microangiopatía isquémica crónica. Tratamiento habitual: omeprazol 20 mg, metformina 850 mg, olmesartán 40 mg, lercanidipino 20 mg, furosemida 40 mg, dabigatrán 150 mg, y bisoprolol 2,5 mg. Refiere cuadro de 7-10 días de evolución de pérdida de memoria, desorientación, alteración del lenguaje, mioclonías, incontinencia urinaria y disminución progresiva del nivel de conciencia. Niega enfermedades infecciosas previas, ni traumatismos. Tras valoración, se deriva a urgencias hospitalarias ante sospecha de empeoramiento de su microangiopatía isquémica crónica versus deterioro cognitivo rápidamente progresivo, para completar estudio. Fue ingresado y valorado por los Servicios de Neurología, Neurofisiología clínica y Enfermedades infecciosas.

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración física (EF). A destacar: regular estado general. Exploración neurológica: Glasgow 15/15. Desorientación temporo-espacial, alteración del lenguaje y marcha inestable. Resto de EF anodina. Analítica de sangre: Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Serología de virus: negativa. Punción lumbar: análisis de LCR a destacar: proteínas 55.5 mg/dL. TAC craneal sin contraste: microangiopatía crónica, sin otras alteraciones agudas. Resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral: hiperintensidad cortical en difusión. Electroencefalograma (EEG): actividad patológica compatible con descargas epileptiformes lateralizadas periódicas independientes bilaterales (BIPLEDs). Microbiología molecular: Proteína 14.3.3 positiva. Autoinmunidad: Proteína Tau (LCR) 2000 pg/mL, Proteína beta-Amiloide 1-42 (LCR) 277 pg/mL.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ).

## Diagnóstico diferencial

Microangiopatía isquémica. Hidrocefalia normotensiva. Encefalitis vírica. Encefalitis autoinmune.

## Comentario final

Este caso subraya la importancia de que Atención Primaria mantenga un alto índice de sospecha ante un deterioro cognitivo "explosivo". La presencia de síntomas neurológicos acompañantes y la progresión tan rápida orientan a un abordaje urgente, priorizando causas menos frecuentes, y teniendo presente este diagnóstico. La ECJ es infrecuente, pero su curso fulminante exige reconocimiento temprano, coordinación con Neurología y enfoque paliativo precoz cuando procede.


## Bibliografía

- *Cabezas Jaén D, Alfonso Gómez S, Herrera Fernández NC, Balea Fernández FJ, Torres Moreno B, Paz Maya R, et al. Demencia rápidamente progresiva, diagnóstico diferencial hasta enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(Suppl 1):103.*


# 918/202. DOLOR TORÁCICO SIN CORONARIAS CULPABLES.


## Autores:

*Carrascosa Muelas, B.[1], Moya Berruga, G.[1], Navas Avellaneda, M.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Belén. Jaén, (2) Especialista en*

*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Belén. Jaén*

## Descripción del caso

Mujer de 80 años con hipertensión arterial, síndrome de apnea del sueño, glaucoma y dislipemia, que consulta en Atención Primaria (AP) por dolor torácico intermitente de tres semanas de evolución, asociado a astenia y disnea de esfuerzo que progresa hasta aparecer en reposo. El dolor se localiza en región paraesternal izquierda, con características pleuríticas; sin irradiación ni cortejo vegetativo. Afebril. Refiere haber presentado un motivo de consulta similar, realizándose un electrocardiograma (ECG) y determinación de troponinas, con resultados normales. Actualmente, la paciente controla el dolor con paracetamol y metamizol, retrasando así la consulta médica. Tras valoración se decide derivación urgente para descartar síndrome coronario agudo (SCA).

## Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando, no doloroso, sin masas ni megalias; frecuencia cardíaca: 56 latidos por minuto (lpm); saturación oxígeno: 98 %; auscultación cardiorrespiratoria normal. Tensión arterial: 135/90 mmHg. Dolor a la palpación de regiones intercostales izquierdas. El primer ECG en AP no mostró hallazgos relevantes, salvo bradicardia a 56 lpm. Un segundo ECG en Urgencias evidenció bloqueo trifascicular sin cambios isquémicos agudos. Analíticamente: troponina T de 1017 ng/L y proteína C reactiva elevada. Durante la monitorización, el ECG evolucionó a bloqueo auriculoventricular completo con ritmo de escape a 40 lpm. La paciente ingresó en Unidad de Cuidados Intensivos. La coronariografía urgente no mostró lesiones coronarias. La ecocardiografía transtorácica evidenció fracción de eyección preservada y la angiotomografía computarizada (angio-TAC) torácica descartó tromboembolismo pulmonar (TEP).

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Síndrome coronario agudo sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA) asociado a BAV completo sintomático.

## Diagnóstico diferencial

Infarto agudo de miocardio tipo 1; tromboembolismo pulmonar (TEP); miocarditis; pleuritis; pericarditis aguda.

## Comentario final

Se destaca una vez más la importancia del abordaje del dolor torácico en AP, donde la identificación de signos de alarma clínicos justificó derivación urgente. La elevación de troponinas sin lesiones coronarias significativas obliga a considerar diagnósticos como MINOCA, miocarditis o trastornos de conducción. El BAV completo puede asociarse a enfermedad degenerativa del sistema de conducción o isquemia microvascular, requiriendo en este caso marcapasos. Un enfoque diagnóstico integral y la asistencia rápida evitaron retrasos y mejoraron resultados.

## Bibliografía


- *Collet JP, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2021;42(14):1289-1367.*


# 918/203. 5:00 AM, INESTABILIDAD HEMODINÁMICA Y UN HALLAZGO OCULTO: ECOGRAFÍA CLÍNICA AL RESCATE


## Autores:

*Celaya Martínez, J.[1], Pérez de Zabalza Freire, R.[2], Sánchez Soto, M.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan del Puerto. San Juan del Puerto. Huelva, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan del Puerto. San Juan del Puerto. Huelva*


## Descripción del caso

Varón de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, apnea obstructiva del sueño (AOS) tratada con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), estenosis aórtica severa tratada mediante implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) en 2024 y fibrilación auricular paroxística anticoagulada con apixaban.

Acudió a urgencias hospitalarias a las 5:00 AM por dolor torácico súbito, disnea e inestabilidad hemodinámica, trasladado por el servicio de emergencias extrahospitalarias 061. Como residente de Medicina Familiar y Comunitaria participé en la valoración inicial y coordinación con urgencias, radiología y cuidados intensivos.

## Exploración y pruebas complementarias

A su llegada presentaba hipotensión arterial (80/40 mmHg) y taquicardia (116 lpm). El electrocardiograma mostró voltajes bajos sin cambios sugestivos de infarto agudo de miocardio (IAM).

La ecografía clínica a pie de cama evidenció derrame pericárdico significativo con signos de taponamiento cardíaco, incluyendo colapso diastólico del ventrículo derecho y vena cava inferior dilatada.

El angio-TC torácico confirmó disección aórtica tipo A (Stanford I).

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Derrame pericárdico con taponamiento cardíaco secundario a disección aórtica tipo A en paciente anticoagulado.

## Diagnóstico diferencial

Inicialmente se consideraron entidades graves como infarto agudo de miocardio con complicación mecánica. La ausencia de cambios electrocardiográficos sugestivos y los voltajes bajos orientaron hacia otra etiología.

También se valoró complicación estructural post-TAVI, como disfunción protésica o hemopericardio, así como hemopericardio asociado a anticoagulación con apixaban.

La ecografía clínica permitió identificar el derrame con signos de taponamiento y orientar el diagnóstico hacia una causa obstructiva del shock.

## Comentario final

La ecografía clínica permitió identificar hallazgos críticos de forma inmediata y facilitar la activación del manejo multidisciplinar.

Este caso resalta su valor diagnóstico en urgencias hospitalarias, Atención Primaria y urgencias extrahospitalarias.

## Bibliografía


- *Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, eds. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 7ª ed. Madrid: Elsevier España, S.L.U.; 2023. ISBN 9788413820040.*
- *Henríquez C, Moreno V, Villén T, eds. Manual de ecografía clínica para estudiantes y residentes de medicina. 1ª ed. Madrid: Universidad Francisco de Vitoria; 2025. ISBN 9788410083608.*


# 918/205. MASA CERVICAL A ESTUDIO. ¿INFECCIOSO, LINFOPROLIFERATIVO O PATOLOGÍA GLANDULAR?


## Autores:

*Najari Mohamed, H.[1], Ahmed Mohamed, Y.[2], Butaybi Mohamed, Y.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro - San Lorenzo. Melilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro - San Lorenzo. Melilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal. Melilla*


## Descripción del caso

Mujer de 53 años que consulta en Atención Primaria por tumefacción laterocervical derecha fluctuante de varias semanas, de predominio submandibular-parotídeo, con exacerbación posprandial y resolución parcial posterior. Asocia dolor sordo en hipocondrio derecho de meses. Niega fiebre o pérdida ponderal.

Antecedentes: exfumadora desde hace un año, tuberculosis pulmonar tratada en 2020 y sífilis secundaria en 2022. Presenta linfocitosis aislada fluctuante sin progresión.

Inicialmente, se orienta como patología obstructiva salival; no obstante, el antecedente de tuberculosis y la linfocitosis obligan a descartar etiología ganglionar infecciosa o linfoproliferativa.

## Exploración y pruebas complementarias

Constantes normales, afebril. Tumefacción submandibular/parotídea derecha, elástica, discretamente dolorosa, sin cambios cutáneos ni supuración. Sin adenopatías palpables.

Analítica: glucemia 122 mg/dl, creatinina 0,54 mg/dl; patrón colestásico (GGT 339 U/l, FA 159 U/l, ALT 74 U/l, AST 39 U/l); LDH discretamente elevada y linfocitosis persistente. Serologías VIH, VHB y VHC negativas; VDRL negativa; IGRA positivo.

Ecografía abdominal: hepatomegalia leve sin lesiones.

TAC cervicotoracoabdominal previo: pequeños nódulos pulmonares inespecíficos y bronquiectasias apicales derechas de aspecto secuelar; abdomen sin hallazgos relevantes.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

La clínica posprandial orienta a obstrucción salival. Sin embargo, el IGRA positivo y las secuelas pulmonares apoyan posible reactivación ganglionar. A su vez, la linfocitosis y elevación de LDH sugieren proceso linfoproliferativo. Por ellos, se solicita ecografía cervical dirigida y se deriva de forma preferente para PAAF ganglionar/glandular y estudio microbiológico y anatomopatológico.

## Diagnóstico diferencial

1. Tuberculosis ganglionar.

2. Linfoma con afectación ganglionar y/o hepática.

3. Patología de glándula parótida/submandibular (obstructiva o tumoral).

## Comentario final

El caso pone de manifiesto el valor de la Atención Primaria como eje integrador del proceso diagnóstico. La interpretación de los antecedentes infecciosos, alteraciones analíticas y hallazgos en pruebas de imagen permitió construir un diagnóstico diferencial adecuado. Esta visión global, propia de la Medicina de Familia, facilitó una toma de decisiones ágil y justificada, que dio lugar a derivación preferente para completar el estudio y acelerar el diagnóstico definitivo.

## Bibliografía


- *Fontanilla JM, Barnes A, von Reyn CF. Current diagnosis and management of peripheral tuberculous lymphadenitis. Clin Infect Dis. 2011;53(6):555-562.*
- *Eisele DW, Smith RV. Salivary gland disorders. N Engl J Med. 2016;374(10):971-980.*


# 918/206. CUANDO EL HIERRO NO REMONTA: REPORTE DE UN CASO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.


## Autores:

*Muñoz Jiménez, R.[1], Domínguez Castellano, A.[2], Romero Carrillo, S.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fernán Nuñez Dº. Josefina Carmona. Fernán-Núñez. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Montilla. Córdoba*


## Descripción del caso

Mujer de 64 años con AF de CCR en su padre, sin alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos, con insuficiencia venosa crónica. Consulta por astenia de varias semanas de evolución. No pérdida de peso. Pirosis ocasionalmente. No vómitos, ni alteración del hábito intestinal con heces sin productos patológicos. Afebril. En Atención Primaria se le realiza analítica con Hb 10,2 g/dL, Hematocrito 34,1%, VCM 78,5 fL, plaquetas 323.000/uL, hierro 15 ug/dL, Ferritina 9,5 ng/dL, resto normal. Se inicia hierro oral/24h y estudio de anemia ferropénica con resultado de HP, SOH, anticuerpos antitransglutaminasa y antigliadina negativos. Rx tórax con masa redondeada retrocardíaca y presencia de burbuja compatible con hernia hiatal. Rx abdomen sin hallazgos valorables. Se realiza nuevo control analítico con empeoramiento de la anemia progresivo por lo que se deriva a Digestivo para estudio.

## Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable. Pálidez mucocutánea. ACR rítmica, MVC. Abdomen normal. Extremidades sin edemas ni signos de TVP. Analítica descrita más arriba. Colonoscopia sin lesiones. EDA con esófago de buen calibre y mucosa normal, cámara gástrica intratorácica en su mayor parte (gran hernia hiatal de tipo mixto) con erosiones longitudinales de 1,5 cm con fibrina en mucosa (úlcera de Cameron), así como áreas eritematosas sin sangrado activo en ese momento. Cuerpo gástrico, antro, píloro, bulbo y segunda porción duodenal normales.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Anemia ferropénica secundaria a úlcera de Cameron en gran hernia de hiato.

## Diagnóstico diferencial

CCR, Celiaquía, HDA, malabsorción de hierro.

## Comentario final

Las úlceras de Cameron son erosiones lineales causadas por el roce de la mucosa gástrica contra el hiato diafragmático en el cuello de grandes hernias hiatales, provocando frecuentemente anemia ferropénica. En Atención Primaria, debemos sospecharlas ante AP de hernia de hiato y anemia ferropénica refractaria al tratamiento con hierro oral, siendo el resto del estudio de anemia normal. La sospecha y su diagnóstico precoz supone realizar un menor número de pruebas invasivas, y su tratamiento consiste en tratamiento con IBP a dosis altas, aunque en ocasiones puede ser necesario un abordaje quirúrgico de las lesiones.

## Bibliografía


- *Jameson, J.L., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D.L.,& Loscalzo, J. (Eds.). (2022). Harrison. Principios de Medicina Interna (21º ed.). McGraw-Hill Education.*

## 918/207. CUANDO LA PRESION NO OBEDECE: CLAVES DIAGNOSTICAS ANTE UNA HIPERTENSION ATIPICA.


### Autores:

*Caballero Castillo, L.[1], Rodríguez Jiménez, C.[2], Sarmiento Acosta, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Villanueva de Algaidas. Villanueva de Algaidas. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga*


### Descripción del caso

mujer de 61 años, exfumadora, con antecedentes de asma y obesidad, que consultó repetidamente en Atención Primaria (AP) por episodios bruscos de palpitaciones, temblor, cefalea y disnea acompañados de cifras tensionales elevadas, interpretados inicialmente como hipertensión arterial (HTA) mal controlada o ansiedad. Meses antes, durante un ingreso por uropatía obstructiva, se detectó incidentalmente una masa suprarrenal derecha de 4 × 3 cm pendiente de filiación. Desde AP se objetivaron crisis hipertensivas paroxísticas con cifras de hasta 242/143 mmHg y mala respuesta al tratamiento antihipertensivo habitual, por lo que se inició estudio de HTA secundaria y se solicitó derivación preferente a Endocrinología.

### Exploración y pruebas complementarias

tensión arterial 133/88 mmHg en consulta, frecuencia cardiaca 96 lpm y resto de exploración sin hallazgos relevantes. Se solicitaron analítica básica, función tiroidea y metanefrinas urinarias de 24 h, que mostraron elevación marcada (metanefrinas 1.962 µg/24 h, normetanefrinas 873,6 µg/24 h). La tomografía computarizada confirmó masa suprarrenal sólida pobre en lípidos y la gammagrafía funcional resultó negativa.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

HTA secundaria por probable tumor suprarrenal funcionante.

### Diagnóstico diferencial

HTA esencial refractaria, crisis de ansiedad, hipertiroidismo, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario y otros tumores suprarrenales.

### Comentario final

tras preparación con alfa bloqueo se realizó adrenalectomía laparoscópica, confirmándose feocromocitoma en anatomía patológica, con normalización posterior de la presión arterial. Este caso recuerda que no toda HTA es esencial ni toda palpitación es ansiedad. aunque infrecuentes, las causas endocrinas de HTA pueden ser potencialmente mortales y, sin embargo, curables si se sospechan precozmente. en atención primaria, donde se concentran las primeras consultas y el seguimiento longitudinal, mantener una visión amplia del diagnóstico diferencial y considerar enfermedades raras ante presentaciones atípicas resulta decisivo para evitar retrasos diagnósticos y complicaciones graves. reconocer a tiempo estas entidades transforma una urgencia vital en una oportunidad terapéutica y subraya el papel clave del médico de familia como primer detector de patología secundaria.

### Bibliografía


- *Servicio de Endocrinología y Nutrición. Incidentaloma suprarrenal y feocromocitoma. En: Manual diagnóstico y terapéutico 12 de octubre. 9.ª ed. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2023. p. 645-52.*
- *Greenberg A, Cheungpasitporn W, Cofield SS, et al, eds. Green Book medicina interna. 2.ª ed. Madrid: Editorial Marbán; 2021. p. 823-30.*


## 918/209. "LA IMPOSTORA DE LAS ITS: EL CASO DE LA ÚLCERA QUE NO SE TRANSMITIÓ"


### Autores:

*Salas Ortega, C.[1], Pazos Bernal, N.[2], Linares Moreno, R.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga*


### Descripción del caso

Mujer de 16 años que acude acompañada de su madre a consulta por lesiones genitales dolorosas. La paciente refiere que hace unos 6 días comenzó con clínica de fiebre, tos y mocos por lo que consultó en urgencias del Centro de Salud donde se pautó tratamiento sintomático. Posteriormente, comienza con disuria y nota lesiones dolorosas en vagina, consultando en urgen-

cias hospitalarias donde realizan analítica sanguínea sin hallazgos significativos, y analítica de orina donde se detecta ITU (infección tracto urinario), por lo que pautan fosfomicina 3gr dosis única y derivan a la consulta de Atención Primaria para estudio de las lesiones vaginales ante sospecha de ITS (infección de transmisión sexual). Actualmente, refiere mejoría clínica de cuadro catarral, así como clínica urinaria, pero persisten lesiones genitales dolorosas. La paciente niega haber tenido relaciones sexuales recientes. Ante este cuadro clínico se decide solicitar analítica de sangre con serología infecciosa, analítica de orina, exudado vaginal, así como de úlcera genital y se pauta tratamiento sintomático.

## Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratada y perfundida. Consciente, orientada, colaboradora. Eupneica en reposo. ACP: rítmica a buena frecuencia, MVC sin ruidos patológicos. Orofaringe: sin hallazgos significativos. Exploración genital: lesiones ulcerosas en labios menores bilateral profundas, bien delimitadas, con bordes eritematosos y fondo cubierto por escara necrótica grisácea.

- *-Analítica sangre: Virus Epstein-Barr (IgM VCA+), resto de serología infecciosa, hemograma, bioquímica y proteínas sin hallazgos significativos.*
- *-Analítica orina: normal*
- *-Exudado vaginal y de úlcera genital: negativo*

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Úlcera de Lipschütz

Mononucleosis infecciosa

## Diagnóstico diferencial

Herpes genital (VHS-1 y VHS-2)

Sífilis

Chancroide

Úlcera de Lipschütz

Enfermedad de Behcet

E. Crohn vulvar

Dermatitis de contacto

## Comentario final

La úlcera de Lipschütz es un diagnóstico clave en adolescentes con lesiones valvulares agudas y dolorosas. Conocer su asociación con el virus de Epstein-Barr permite descartar causas venéreas, evitando estigmas y garantizando un manejo conservador adecuado. La paciente evolucionó favorablemente con tratamiento sintomático.

## Bibliografía

1. Lipschütz's Acute Vulvar Ulcer: A Systematic Review. Vismara SA, Lava SAG, Kottanattu L, et al. European Journal of Pediatrics. 2020;179(10):1559-1567. doi:10.1007/s00431-020-03647-y.

2. Lipschütz Ulcers: A Rare Diagnosis in Women With Vulvar Ulceration. Wolters V, Hoogslag I, Van' T Wout J, Boers K. Obstetrics and Gynecology. 2017;130(2):420-422. doi:10.1097/AOG.0000000000002145. Úlcera vulvar aguda, Epstein-Barr, Adolescencia

# 918/210. NO TODO ES DIABETES E HIPERTENSIÓN: OBESIDAD COMO CAUSA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

## Autores:

*Perea Vela, M.[1], Ruano Mayo, A.[2], Pérez Rueda, J.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Centro de Salud de ROTA*

## Descripción del caso

Varón de 46 años que consulta por edemas maleolares progresivos y astenia. Sin antecedentes de diabetes mellitus ni hipertensión arterial. No seguimiento médico en últimos 6 años. No consumo tóxicos. Sin antecedentes familiares de nefropatía.

## Exploración y pruebas complementarias

IMC 38 kg/m$^2$. TA 128/78 mmHg. Edemas con fóvea en miembros inferiores. Resto sin hallazgos. Analítica: creatinina 1,68 mg/dL(FG CKD-EPI 52 ml/min/1,73m$^2$), previamente desconocido; urea 62 mg/dL; albúmina 3,1 g/dL; perfil lipídico con hipertrigliceridemia. Glucemia y HbA1c normales. Cociente albúmina/creatinina orina 1.240 mg/g. Sedimento normal. Ecografía renal: riñones de tamaño conservado, hiperecogenicidad cortical leve, sin signos obstructivos.

Se amplía estudio inmunológico(ANA, ANCA, complemento) y serologías: negativo.

Se repite analítica a los tres meses con resultados similares. Creatinina 1,6 mg/dL (FG 52ml/min/1,73m$^2$), y albuminuria en rango A3 (1.200 mg/g).

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Enfermedad renal crónica G3a A3 en paciente con obesidad grado II, compatible con glomerulopatía asociada a obesidad (GAO) con patrón nefrótico incompleto.

### Diagnóstico diferencial

Nefropatía diabética (descartada por ausencia de diabetes), nefroangioesclerosis hipertensiva (sin HTA ni datos de daño vascular), glomerulopatías primarias (ausencia de sedimento activo y estudio inmunológico negativo). La obesidad se establece como principal factor etiológico.

### Comentario final

Se instaura intervención intensiva sobre estilo de vida y programa estructurado de pérdida ponderal, logrando descenso de 14 kg en 8 meses (IMC 32 kg/m$^2$). Se asocia IECA. A los 12 meses: FG 64 ml/min/1,73m$^2$ y albuminuria 420 mg/g, con desaparición de edemas.

La obesidad es un factor independiente de enfermedad renal crónica, pudiendo generar hiperfiltración glomerular y proteinuria incluso en ausencia de diabetes o hipertensión. Este caso resalta que no toda ERC es secundaria a DM o HTA. El médico de Atención Primaria desempeña un papel clave en el cribado mediante control analítico periódico, detección precoz de albuminuria y abordaje intensivo de factores modificables, especialmente el exceso ponderal, pudiendo revertir parcialmente el deterioro renal.

Nuevas estrategias terapéuticas como los iSGLT2 y los agonistas GLP-1, incluso en ausencia de diabetes, abren una vía prometedora en la protección renal asociada a obesidad, más allá del control ponderal aislado.

### Bibliografía


- *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S):S1-S150.*


## 918/211. ¿PUEDE UN CATARRO EN UN JOVEN SER ALGO MÁS? NEFROPATÍA IGA


### Autores:

*López García, M.[1], Pérez Martínez, P.[2], Borrego Palenzuela, R.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería*


### Descripción del caso

Hombre de 28 años, sin antecedentes de interés, consulta en Atención Primaria por odinofagia y hematuria macroscópica afebril. Refiere dos episodios similares en los seis meses previos tratados con antibiótico e ibuprofeno. Tras revisar analíticas de su mutua laboral, se observa una elevación progresiva de LDL desde 2019, hematuria desde 2022 y proteinuria desde 2023 no cuantificada. El paciente admite el consumo reciente de suplementos para musculación no especificados.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general y estabilidad hemodinámica, con faringe hiperémica sin exudados. Se solicita: Analítica de sangre: Hipercolesterolemia (colesterol total 305mg/dL; LDL 210mg/dL; HDL 72,5mg/dL); déficit de vitamina D (9,6mg/dL); función renal, perfil tiroideo, proteinograma e inmunogloblinas A, G y M normales; anticuerpos antinucleares (ANA) y anti estreptolisina O (ASLO) negativos; resto normal. Urocultivo: negativo. Urianálisis y orina de 24 horas: 2877 hematíes/uL; proteína 291mg/dL; albúmina 195mg/dL; cociente albúmina/creatinina (CAC) 1469 mg/g; cociente proteína/creatinina (CPC) 2109 mg/g; proteinuria total 3620mg/24 horas.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Nefropatía IgA.

### Diagnóstico diferencial

El paciente presenta hiperlipidemia y proteinuria en rango nefrótico, pero algunas glomerulonefritis pueden presentarse clínicamente con características de glomerulonefrosis con proteinurias masivas. Dada la estabilidad clínica y hemodinámica, ausencia de complicaciones, y habiendo descartado criterios de glomerulonefritis aguda post-infecciosa, se decide iniciar tratamiento empírico de la proteinuria con IECA. También se realiza teleconsulta a Nefrología, donde se confirma nefropatía IgA mediante biopsia renal.

### Comentario final

La nefropatía IgA debe sospecharse ante hematuria coincidente con infecciones respiratorias o gastroin-

testinales, siendo la causa más frecuente de síndrome nefrítico entre los 15-65 años. Además, este caso subraya la importancia de la valoración integral en Atención Primaria, siendo imperativo investigar hallazgos como microhematuria o proteinuria persistente, incluso en pacientes jóvenes.

### Bibliografía


- *Fletcher SW. Evaluation of proteinuria in adults. En: UpToDate [Internet]. Connor RF, editor. Wolters Kluwer; 2026 [consultado el 28 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-proteinuria-in-adults*
- *Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, editores. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. 7a ed. Elsevier; 2023.*


## 918/212. CRISIS HIPERTENSIVA COMO DEBUT DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA


### Autores:

*Ahmed Mohamed, Y.[1], Benain Ávila, J.[2], Najari Mohamed, H.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro - San Lorenzo. Melilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro - San Lorenzo. Melilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro - San Lorenzo. Melilla*


### Descripción del caso

Ámbito del caso: Atención Primaria

Motivo de consulta: Cifras tensionales elevadas detectadas en casa

Antecedentes personales: Sin interés.

Antecedentes familiares: Padre con cardiopatía isquémica a los 60 años.

Medicación habitual: No tratamiento crónico previo.

Varón de 52 años acude a nuestra consulta tras medirse en su domicilio cifras tensionales de 280/150. En consulta se objetivan cifras muy elevadas (TA 220/130 mmHg), confirmadas en tomas repetidas. El paciente se encuentra completamente asintomático, negando dolor torácico, disnea, palpitaciones, clínica neurológica o síntomas infecciosos.

Dada la magnitud de las cifras, pese a la ausencia de clínica, se decide derivación urgente al Servicio de Urgencias hospitalarias para control y estudio.

Se realiza ECG en consulta:

Electrocardiograma: Ritmo sinusal. Signos de sobrecarga sistólica lateral con descenso del ST en I, aVL y V6 y elevación del ST en V1. QTc normal

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientado. Normocoloreado y normohidratado. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Exploración neurológica sin focalidad.

En Urgencias se realiza estudio completo:

Analítica sanguínea sin alteraciones relevantes y marcadores de daño miocárdico negativos.

En consulta de Cardiología:

Ecocardiograma: Hipertrofia severa del ventrículo izquierdo con función sistólica conservada.

Cardio-RM: Confirma miocardiopatía hipertrófica no obstructiva.

Angio-TC coronario: Descarta enfermedad coronaria significativa.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Miocardiopatía hipertrófica no obstructiva en paciente con hipertensión arterial no conocida.

### Diagnóstico diferencial

Cardiopatía hipertensiva

Miocardiopatía hipertrófica no obstructiva

Síndrome coronario agudo

Hipertensión arterial secundaria

### Comentario final

Tras la estabilización, seguimiento en Medicina de Familia con control de tensión arterial y factores de riesgo cardiovascular, medidas higiénico-dietéticas, ejercicio aeróbico moderado, ajuste del tratamiento y coordinación con Cardiología.

PAPPS 2024 recomienda cribado oportunista de HTA en adultos (anual en =40 años o de riesgo alto, y cada 3–5 años en jóvenes sin riesgo).

La detección precoz de HTA en Atención Primaria permite identificar cardiopatía estructural y refuerza el

papel clave del médico de familia en el seguimiento cardiovascular.

## Bibliografía


- *Santos Mateo JJ, Sabater Molina M, Gimeno Blanes JR. Hypertrophic cardiomyopathy. Med Clin (Barc). 2018 Jun 8;150(11):434-442. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2017.09.013. Epub 2017 Nov 14. PMID: 29150126.*
- *Hernández Quiles C, Beltrán Romero LM. Hypertrophic cardiomyopathy: Beyond left ventricular hypertrophy. Rev Clin Esp. 2021 Jun-Jul;221(6):343-344. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rce.2020.03.003. Epub 2020 May 25. PMID: 32466835.*


# 918/214. MÁS ALLÁ DEL TEP: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COMO CAUSA DE ELEVACIÓN PERSISTENTE DE DÍMERO D


## Autores:

*Valero Gutiérrez, Á.[1], Celaya Martínez, J.[2], Pérez de Zabalza Freire, R.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan del Puerto. San Juan del Puerto. Huelva, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan del Puerto. San Juan del Puerto. Huelva, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan del Puerto. San Juan del Puerto. Huelva*


## Descripción del caso

Varón de 78 años dependiente para ABVD, sin RAM conocidas, exfumador desde hace 40 años, con HTA, DLP y DM tipo 2 con buen control. Cardiopatía isquémica revascularizada en 2007 y 2008. Parkinsonismo atípico.

Fue derivado a urgencias por su médico de Atención Primaria 2 días antes por presentar 5800 ng/mL de dímero D aislada en una analítica de rutina 1 semana antes, descartando patología aguda.

Acude nuevamente a urgencias por náuseas sin vómitos junto a hipotensión objetivada en 80/40 mmHg y taquipnea de unos 90 minutos con astenia intensa, somnolencia y mutismo. No pérdida de conocimiento, no fiebre ni dolor torácico o abdominal. Ha sufrido dos episodios similares en la última semana.

## Exploración y pruebas complementarias

Estado general conservado con facies amímica, poco colaborador, NHyNP, Eupneico en reposo, estable hemodinámicamente. TA: 119/71 mmHg, SatO2: 96% a/a Tª: 36.7 ºC, FC: 47lpm

- Auscultación cardiorrespiratoria normal. Leve disminución de ambos pulsos femorales con pulso conservado en extremidades. No signos de focalidad neurológica, signos meníngeos negativos, no rigidez de nuca. Bradipsiquia. Mutismo.
- ECG: RS a 50 lpm, eje izquierdo, PR 166 ms y cte, QRS ancho con BCRDHH sin alteraciones agudas en repolarización.
- GSV y Rx de tórax sin hallazgos patológicos.
- Analítica: Hemograma, bioquímica y sistemático de orina sin hallazgos patológicos, a destacar DD 7492 ng/mL.
- Rx de abdomen: Dilatación aneurismática calcificada en arteria aorta abdominal infrarrenal.
- AngioTAC de abdomen: Aneurisma fusiforme de aorta abdominal infrarrenal parcialmente trombosado, con disección focal y luz falsa permeable. No signos de complicación aguda.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Shock hipovólemico por probable evolución de aneurisma de aorta abdominal.

## Diagnóstico diferencial

- Shock hipotensivo farmacológico.
- AIT lacunar.

## Comentario final

A destacar la importancia de derivación desde Atención Primaria ante elevación de DD en paciente con disminución de movilidad y pluripatología con deterioro cognitivo avanzado. Recordar que la base de orientación diagnóstica procede de la exploración física y contexto clínico, un parámetro alterado no es sinónimo de patología.

## Bibliografía


- *Pignataro G, Scafetta A, De Luca D, Simeoli L, Piccioni A, Ojetti V, Franceschi F, Candelli M. The Role of Biomarkers and Clinical Prediction Tools in the Diagnosis of Acute Aortic Syndromes: A Literature-Based Review. Medicina. 2025;61(9):1551. doi:10.3390/medicina61091551.*

## 918/215. DOLOR TESTICULAR Y CREATININA QUINASA ELEVADA: CUANDO EL DIAGNOSTICO NO TERMINA EN URGENCIAS


### Autores:

*Domínguez Castellano, A.[1], Muñoz Jiménez, R.[2], Romero Carrillo, S.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fernán Nuñez Dº. Josefina Carmona. Fernán-Núñez. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Montilla. Córdoba*


### Descripción del caso

Varón de 38 años, sin antecedentes relevantes ni hábitos tóxicos, sin tratamiento habitual, acude a urgencias hospitalarias por dolor testicular no traumático de 2 días de evolución, con sensación febril sin termometrar, sin clínica miccional ni recorte de diuresis. Ha mantenido relaciones sexuales sin protección.

### Exploración y pruebas complementarias

Se aprecia leve eritema y aumento de tamaño en testículo derecho respecto al contralateral, no rotado con dolor a la palpación, signo de Prehn positivo, reflejo cremastérico presente. Abdomen anodino sin signos de irritación peritoneal. Analítica con 14.000 leucocitos y desviación izquierda, PCR 86 mg/dL, Creatinina 0,9 mg/dL, Creatinina Quinasa (CK) 11.322 U/L, CKMB 253 U/L, iones normales. Orina hematúrica sin hematíes en sedimento. Gasometría normal. Ecografía testicular y renal: riñones con morfología normal y buena diferenciación corticomedular, testículo derecho con signos de orquiepididimitis.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Orquiepididimitis aguda y rabdomiolisis a estudio

### Diagnóstico diferencial

Torsión testicular, infección tracto urinario, tumor testicular

### Comentario final

El paciente niega el consumo de tóxicos ni actividad física excesiva. Se ingresa en Observación para iniciar tratamiento y control intensivo de diuresis, PH e iones con monitorización continua. Tóxicos en orina negativos. Se le tomaron muestras de cultivo de exudado uretral. Dado de alta al día siguiente con disminución de CK del 40% sin complicaciones, pero con etiología sin esclarecer. Su médico de familia en consulta realiza un control analítico evolutivo, con una revisión longitudinal de antecedentes mediante anamnesis exhaustiva, ampliando posibles etiologías con estudio serológico y derivando al paciente a Medicina Interna para continuar estudio. La resolución clínica de la fase aguda no debe considerarse el final del proceso diagnóstico, y el médico de familia cumple un papel esencial en la continuidad asistencial, facilitando llegar a un diagnóstico etiológico previniendo recurrencias.

### Bibliografía


- *Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias Y Emergencias: Guía Diagnóstica Y Protocolos de Actuación. 7a ed. Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, editores. Elsevier; 2023. p.612-215*


## 918/217. "DOCTORA, ME PICA TODO EL CUERPO"


### Autores:

*Pozo Gil, L.[1], López Áviles, E.[2], Castillo Mendoza, Y.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tarifa. Tarifa. Cádiz*


### Descripción del caso

Mujer de 58 años que consulta en Atención Primaria por prurito generalizado de dos semanas de evolución, intenso, de predominio nocturno y sin lesiones cutáneas primarias. Niega fiebre o dolor abdominal. Exploración sin hallazgos relevantes, salvo lesiones de rascado. Se pauta tratamiento sintomático con antihistamínico y se solicita estudio analítico.

En segunda consulta, una semana después, refiere persistencia del prurito, aparición de coluria, acolia ocasional y pérdida ponderal de 4 kg en el último mes, junto a astenia marcada. Analítica con patrón colestásico (elevación de bilirrubina total y directa, fosfatasa alcalina y GGT). Serología positiva para Helicobacter pylori. Ante alteración hepática significativa, se decide no iniciar tratamiento erradicador

y se deriva a Urgencias hospitalarias para estudio preferente.

### Exploración y pruebas complementarias

En Urgencias se objetiva ictericia franca y se realiza ecografía abdominal, que muestra dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con sospecha de obstrucción distal, por lo que queda ingresada en Digestivo. La tomografía abdominal confirma masa en cabeza pancreática compatible con neoplasia. La biopsia ecoendoscópica establece diagnóstico de adenocarcinoma ductal de páncreas localmente avanzado.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Prurito colestásico secundario a obstrucción biliar por adenocarcinoma pancreático.

### Diagnóstico diferencial

En Atención Primaria se consideraron causas dermatológicas, reacción farmacológica, hepatopatía primaria y colestasis obstructiva. La evolución clínica y las alteraciones analíticas orientaron hacia etiología hepatobiliar obstructiva.

### Comentario final

Posteriormente, Oncología inicia quimioterapia sistémica con seguimiento estrecho en Atención Primaria, control del prurito colestásico, vigilancia de toxicidad digestiva y hematológica, apoyo emocional y coordinación continua con especializada, manteniendo un papel clave en la detección precoz y acompañamiento durante todo el proceso.

### Bibliografía


- *Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). Documento de consenso sobre el manejo de la colestasis y el prurito colestásico. Gastroenterol Hepatol. 2017;40(10):654-670.*
- *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Abordaje del prurito en Atención Primaria. Med Fam SEMERGEN. 2018;44(Supl 1):23-30.*
- *European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines: Management of cholestatic liver diseases. J Hepatol. 2009;51(2):237-267.*


## 918/221. CUANDO EL MOTIVO DE CONSULTA NO ES EL PROBLEMA.


### Autores:

*López Áviles, E.[1], Suárez Sánchez, L.[2], Pozo Gil, L.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz*


### Descripción del caso

Paciente de 63 años de nacionalidad rumana, lleva poco tiempo en España por lo que no hay historial clínico en el sistema y es difícil la comunicación con el paciente por la barrera idiomática, no aporta informes ni sabe indicar tratamientos ni antecedentes. Consulta por urgencias de Atención primaria por dolor de pie derecho de 1 semana de evolución. No otra sintomatología.

En la exploración no se evidencia inflamación de pie sino dolor a la palpación, se decide tratamiento intramuscular analgésico pero al decidir qué fármaco administrar tomamos la tensión arterial para descartar HTA.

### Exploración y pruebas complementarias

El paciente presenta TA 135/70 y FC 238

Saturación 98%

Realizamos ECG donde se evidencia taquicardia supra ventricular.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Flutter auricular.

### Diagnóstico diferencial

Flutter auricular

Taquicardia supraventricular.

### Comentario final

La importancia de una buena exploración antes de prescribir medicación a los pacientes, aunque en urgencias en la mayoría de ocasiones es difícil por el tiempo del que disponemos y la presión que nos implica la demanda de la sala de espera.

### Bibliografía


- *Murillo Cabezas F, editor. Manual de urgencias. 7.ª ed. Madrid: Elsevier; 2023.*
- *SEMFYC. Manual de urgencias en Atención Primaria.*

## 918/222. DESDE EL CORAZÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Perea Vela, M.[1], Pérez Rueda, J.[2], Ruano Mayo, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz*


### Descripción del caso

Se trata de un caso de un paciente con factores de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia) sin AP cardiológicos que acude en marzo de 2025 a su CS por episodios de vómitos y malestar general tras 30 ' de caminata. Se realiza EKG con hallazgo de BIRD sin otras alteraciones. Vuelve a acudir en septiembre por mismos episodios y dolor torácico que comienza a los 30' de comenzar a caminar, acompañado de vómitos tras los cuales mejora la sintomatología. Se realiza analítica de control y EKG sin otras alteraciones, pero se le da al paciente un volante con posibilidad de acceder a centro sanitario más cercano cuando comience este tipo de dolor. En octubre acude de nuevo con mismo síntomas a su CS y se realiza EKG inmediatamente donde se identifica SCASEST con descenso ST V5-V6. Se traslada a SUH Jerez a las 11 am donde persiste el descenso ST >1 mm y elevación de troponinas, que se va corrigiendo sin tratamiento hasta las 14.30, donde desaparece el descenso así como el dolor torácico. El paciente ingresa en cardiología, se realiza coronariografía con lesiones apreciables en descendente anterior y circunfleja. Se realiza angioplastia. Tras la angioplastia el EKG demuestra una FA de novo que se resuelve con tratamiento farmacológico. Se deriva al alta al paciente con ajuste de medicación.

### Exploración y pruebas complementarias

Varios EKG

--> MARZO 2025: BIRD

->SEPTIEMBRE 2025: BIRD

->OCTUBRE 2025: SCASEST CON DESCENSO ST V5-V6

Cateterismo con angioplastia en descendente anterior y circunfleja.

Ecocardiografía sin alteraciones

Tras cateterismo EKG con FA de novo que se resuelve con terapia farmacológica

Analítica hospitalaria con elevación de troponinas

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Angina estable que deriva en SCASEST en paciente diabético, fumador y otros factores de riesgo cardiovascular

### Diagnóstico diferencial

Epigastralgia

Hernia de hiato

SCACEST vs SCASEST

Gastroenteritis

Síndrome malabsortivo de diferentes etiologías

### Comentario final

Es un caso clínico de un paciente con síntomas atípicos de SCA acompañados de dolor un leve dolor torácico, con cronicidad de meses de evolución, que es atendido en primera instancia en su centro de salud correspondiente. Gracias a esta primera atención y seguimiento del paciente, se diagnostica un SCASEST y se deriva a atención hospitalaria.

### Bibliografía


- *https://secardiologia.es/cientifico/guias-clinicas/cardiopatia-isquemica*

Sociedad española de cardiología

Revista española de cardiología


## 918/223. NO TODO ES UNA DORSALGIA


### Autores:

*Byrne España, M.[1], Contreras Roca, M.[2], Cuenca del Moral, R.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 53 años que acude a la consulta de atención primaria por dolor dorsal de unos días de evolución. Describe una dorsalgia intensa de novo sin antecedente traumático. Mal control del dolor con

analgesia pautada. Nunca antes había consultado por cuadros de dolor similar. Realiza ejercicio físico regular. No sedentario.

## Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física: marcha normal, estable sin apoyos, posible en talones, punteras y tandem . Fuerza simétrica MMII. ROT aquileo y rotuliano derecho levemente exaltado +++ respecto al contraleteral. Radiografía torácica y dorsolumbar normal solo leves signos de artrosis. Resonancia de columna: Lesión intramedular desde T4 a T6, a considerar entre posibilidades diagnósticas astrocitoma, menos probablemente ependimoma.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

LOE (Lesión Ocupante de Espacio) intramedular

## Diagnóstico diferencial

Incluye causas mecánicas benignas, patología degenerativa, y otras más graves como es la de este caso de compresión medular por LOE intramedular. Inicialmente se orientó desde la consulta como una contractura dorsal pero dada la posibilidad de poder seguir al paciente desde atención primaria pudimos ampliar el diagnóstico diferencial al ser una dorsalgia tan intensa con tan mala respuesta a analgesia con radiografía sin datos de alarma.

## Comentario final

Importancia de la Atención Primaria para poder conocer al paciente y poder dar una continuidad asistencial a una dorsalgia permitiendo realizar un correcto diagnóstico diferencial para una detección precoz de una grave LOE intramedular actualmente pendiente de intervención quirúrgica por neurocirugía.

## Bibliografía

Chou R, Wagner J, Ahmed AY, Blazina I, Brodt E, Buckley DI, et al. Treatments for Acute Pain: A Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020. Report No.: 20(21)-EHC006. PubMed PMID: 33411426.

# 918/225. CUANDO LA LIBERACIÓN MODIFICADA MARCA LA DIFERENCIA

## Autores:

*Hernández Romera, C.[1], Ruiz Guil, C.[2], Rodríguez López, M.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Portadas. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Portadas. Dos Hermanas. Sevilla, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Portadas. Dos Hermanas. Sevilla*

## Descripción del caso

Mujer de 57 años con antecedentes personales de hipotiroidismo y osteoporosis presenta desde hace tres días hipoestesia y parestesias en manos y antebrazos, con predominio de 2º y 3er dedos de mano derecha y más acusadas en horario nocturno que mejoran al agitar las manos al despertarse. Niega dolor o inflamación en otras articulaciones. Previamente había presentado intolerancia a pregabalina y gabapentina pautadas por síndrome facetario lumbar, por lo que se consensúa con la paciente iniciar pregabalina de liberación modificada 82,5 mg en la noche, con expectativa de evitar posibles efectos secundarios con esta forma farmacéutica. A las dos semanas acude de nuevo a consulta refiriendo mejoría casi completa de los síntomas sin haber apreciado efectos secundarios.

## Exploración y pruebas complementarias

No presenta deformidades ni dolor a la palpación o movimientos, signos de Phalen y Tinnel negativos, signo de Flick positivo bilateral, signo de Spurling negativo. Control de hormonas tiroideas: tirotropina 4,88 µUI/mL y tiroxina libre 1,04 ng/dL.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Síndrome del túnel carpiano bilateral leve.

## Diagnóstico diferencial

Radiculopatía cervical. Síndrome de la salida torácica. Hipotiroidismo. Enfermedades desmielinizantes.

## Comentario final

El síndrome del túnel carpiano es un trastorno debilitante que se presenta con frecuencia en atención primaria. Es la neuropatía por atrapamiento más común de la extremidad superior y afecta aproximadamente al 3% de la población adulta general, con una prevalencia tres veces mayor en mujeres que aumenta con la edad, así como la gravedad de los síntomas. Las actividades laborales que requieren un alto grado de repetición y fuerza, o el uso de herramientas vibratorias manuales, aumentan significativamente el riesgo

de STC. Otros factores de riesgo incluyen antecedentes familiares y personales de diabetes mellitus, obesidad, hipotiroidismo, embarazo y artritis reumatoide. Con este caso clínico se evidencia la importancia del consenso del tratamiento con el paciente ante efectos secundarios previos tan frecuentes que dificultan realizar un nuevo abordaje farmacológico con medicamentos similares y cómo la forma de liberación modificada de un fármaco puede llegar a ser mejor tolerada y efectiva en el control de los síntomas.

## Bibliografía


- *Wipperman J, Goerl K. Carpal Tunnel Syndrome: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2016 Dec 15;94(12):993-999. PMID: 28075090.*


# 918/230. "DOCTOR, QUE NO SUFRA MÁS": MANEJO DOMICILIARIO DEL DOLOR ISQUÉMICO REFRACTARIO EN ARTERIOPATÍA OBSTRUCTIVA CRÓNICA AVANZADA


## Autores:

*Pozo Gil, L.[1], Castillo Mendoza, Y.[2], López Áviles, E.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tarifa. Tarifa. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz*


## Descripción del caso

Varón de 81 años con arteriopatía obstructiva crónica multivaso, DM tipo 2 y cardiopatía isquémica, que tras ingreso hospitalario por pie diabético infectado con necrosis distal es dado de alta para seguimiento por Atención Primaria. Presenta dolor isquémico continuo en miembros inferiores, con crisis irruptivas y progresiva limitación funcional.

Durante los dos meses posteriores al alta se realiza manejo domiciliario estrecho desde Atención Primaria, con múltiples contactos telefónicos por demanda familiar y visitas por mal control del dolor. Se inicia tratamiento con paracetamol y tramadol, progresando a parche de fentanilo, que resulta mal tolerado. Se pauta hidromorfona oral 12 mg, objetivándose somnolencia excesiva y deterioro funcional, por lo que se ajusta a 8 mg y se asocia metamizol 1 g cada 8 horas. A pesar de los ajustes, el dolor continúa siendo de difícil control.

## Exploración y pruebas complementarias

EVOLUCIÓN

En las semanas siguientes presenta empeoramiento progresivo del estado general, disminución de la ingesta, dependencia total para actividades básicas y persistencia de dolor isquémico refractario, con incremento de la carga asistencial y del desgaste emocional familiar. En visita domiciliaria se objetiva bajo nivel de conciencia, caquexia y situación compatible con últimos días.

Tras deliberación compartida con la familia, se decide adecuación del esfuerzo terapéutico y permanencia en domicilio.

INTERVENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Se instaura vía subcutánea domiciliaria para control sintomático, pautando morfina 5 mg cada 6–8 horas, buscapina 20 mg cada 8 horas y midazolam 2,5 mg cada 8 horas con rescates. Se instruye a la cuidadora en el manejo de la vía y se mantiene seguimiento estrecho y coordinación con dispositivos de soporte.

El paciente fallece en domicilio días después, con adecuado control del dolor y acompañamiento familiar.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Dolor isquémico refractario en arteriopatía obstructiva crónica avanzada en situación terminal, con indicación de control sintomático paliativo domiciliario.

## Diagnóstico diferencial

Dolor isquémico crítico.

Dolor neuropático diabético

Dolor infeccioso (celulitis/osteomielitis)

Dolor mixto (isquémico/neuropático)

## Comentario final

En este caso el médico de familia no solo trata el dolor, sino que sostiene decisiones complejas, acompaña el sufrimiento y garantiza una muerte digna en el entorno elegido por el paciente.

## Bibliografía


- *Guía de manejo del dolor crónico en Atención Primaria – semFYC.*
- *Guía de Cuidados Paliativos en Atención Primaria – semFYC.*

# 918/232. SINDROME DE VENA CAVA SUPERIOR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PORTADOR DE MARCAPASOS


## Autores:

*Romero Carrillo, S.[1], Muñoz Jiménez, R.[2], Domínguez Castellano, A.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montilla. Montilla. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fernán Nuñez Dº. Josefina Carmona. Fernán-Núñez. Córdoba*


## Descripción del caso

Varón de 70 años hipertenso, portador de marcapasos bicameral por bloqueo AV completo y antecedente de trombosis yugular relacionada con dispositivo. Refiere enrojecimiento y cianosis facial progresiva en los tres últimos días, sin disnea ni dolor torácico. Consulta por marcada hipertensión en el día de hoy.

## Exploración y pruebas complementarias

El paciente presenta regular estado general, con eritema en esclavina, cianosis facial, sin edema. Auscultación cardiorespiratoria sin hallazgos patológicos. Saturación de oxígeno al 94%, sin trabajo respiratorio ni disnea.

Analítica de tres series anodina. Se amplía con dímero-D, siendo positivo ajustado a la edad, a 5116mcg/mL.

El TC cervical y torácico muestra trombosis de vena cava superior (segmento de 4 cm) con circulación colateral y tromboembolismo pulmonar (TEP) en ramas lobares de lóbulo medio y lóbulo inferior derecho.

Se administran en Urgencias 50mg de captopril sublingual y se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéutica, con buena evolución clínica durante su estancias en Urgencias.

Durante su ingreso en Medicina Interna, el anticoagulante lúpico (AL) fue débilmente positivo (pendiente de confirmación). El TC de control a la semana evidenció resolución de la trombosis y mejoría significativa del TEP. Se pautó transición a warfarina al alta.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Síndrome de vena cava superior en portador de marcapasos bicameral con tromboembolismo pulmonar.

## Diagnóstico diferencial

Cáncer de pulmón, linfoma, tumores mediastínicos, metástasis, trombosis asociadas a dispositivos, mediastinitis fibrosante, radioterapia.

## Comentario final

La trombosis de vena cava superior (TVCS) de origen benigno representa un porcentaje creciente de casos, siendo los dispositivos intravasculares un factor predisponente relevante. Este caso destaca por la ausencia de clínica respiratoria pese a TEP lobar, con analítica anodina, pese a datos claros de patología por la fascies del paciente. Esto nos debe hacer ampliar las pruebas complementarias por el diagnóstico diferencial con esta clínica.

En Atención Primaria, la cianosis facial progresiva en portadores de marcapasos debe hacer sospechar TVCS. La identificación precoz y la coordinación asistencial permiten reducir complicaciones y recurrencias.

## Bibliografía


- *Drews RE, Rabkin DJ. Malignancy-related superior vena cava syndrome. In: UpToDate, Post TW (Ed). UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc. [Internet]; 2024 May 31 [cited 2026 Feb 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/malignancy-related-superior-vena-cava-syndrome*


# 918/233. ¿REACTIVO . O NO?


## Autores:

*Moya Berruga, G.[1], Carrascosa Muelas, B.[1], Alcalde Molina, M.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2° año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alameda. Jaén., (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alameda. Jaén.*


## Descripción del caso

Paciente de 15 años sin alergias medicamentosas conocidas y antecedente de mononucleosis infecciosa por virus de Epstein-Barr hace un año. No tratamiento habitual. Consulta por odinofagia y adenopatías laterocervicales y supraclaviculares de 10 días de evolución,

no dolorosas. Cuadro catarral de vías altas en días previos. No síndrome constitucional ni síntomas B. No contacto con animales.

## Exploración y pruebas complementarias

Se palpan dos adenopatías supraclaviculares bilaterales de consistencia dura, adheridas a planos profundos, de 1-2 cm de diámetro. Además, otras dos adenopatías en región laterocervical derecha de las mismas características. Resto de territorios ganglionares normales. Leve hepatomegalia a la exploración abdominal. Ante la presencia de adenopatías supraclaviculares en paciente joven sin clínica infecciosa, se deriva a Urgencias Hospitalarias para pruebas complementarias. En analítica, leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Radiografía de tórax con ensanchamiento homogéneo de la línea mediastínica derecha. Se decide ingreso en Medicina Interna para estudio preferente. Finalmente, tras realizar pruebas de imagen y biopsia de una de las adenopatías, se diagnostica de un Linfoma de Hodgkin, comenzando tratamiento oncológico tras el estudio de extensión.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Adenopatías supraclaviculares y ensanchamiento mediastínico. Linfoma de Hodgkin.

## Diagnóstico diferencial

Al valorar adenopatías debemos tener en cuenta varios factores: edad del paciente, localización y características de las adenopatías y el tiempo de evolución. Es fundamental historiar sobre clínica infecciosa, síntomas B, medicamentos, hábitos tóxicos, contacto con animales y viajes a zonas de riesgo. Hasta un 60% se deben a causas infecciosas o reactivas. No obstante, hay que considerar que un porcentaje de las adenopatías serán malignas y sospecharlo principalmente cuando aparezcan en mayores de 50 años y sean supraclaviculares. Aunque en nuestra paciente inicialmente parecía un cuadro infeccioso, las características de las adenopatías y el ensanchamiento mediastínico nos hizo pensar en patología tumoral.

## Comentario final

En pacientes jóvenes, la aparición de una o varias adenopatías nos sugiere origen infeccioso, pero tenemos que apoyarnos en la historia clínica y las pruebas complementarias para no pasar por alto aquellas características que nos orientan a malignidad.

## Bibliografía


- *Adenopatías. Raluy Domínguez JJ, Meleiro Rodríguez L. Revista Actualización en Atención Primaria. 2011; 7(4).*


# 918/244. EL MUNDO EN MOVIMIENTO: EVALUACIÓN CLÍNICA DE UNA PACIENTE CON VÉRTIGO


## Autores:

*Mentado Sosa, B.[1], Ramos Luna, P.[1], Sánchez Casas, V.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla*


## Descripción del caso

Mujer de 73 años que como AP a destacar presenta: hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril 10 mg, hipercolesterolemia en tratamiento con Simvastatina 20 mg y ansiedad reactiva a duelo patológico en tratamiento con Lorazepam 1 mg. La paciente había consultado desde 2019 por episodios de vértigo que se asociaron a rectificación cervical y se trataron con Sulpirida 200 mg y Betahistina 8 mg. En Julio de 2025 consulta en varias ocasiones por mareos donde se descarta causa central y se asocia posiblemente a inicio de hipertensión arterial por tensión aislada en consulta de 140/90 mmHg. A los dos meses vuelve a consulta comentando persistencia de la clínica de vértigos que los caracteriza como sensación de giro de objetos que se acentúan con los movimientos bruscos de la cabeza y los cambios de posición y que no había mejorado desde entonces con Betahistina 16 mg. En esa consulta se realizan la maniobras de Dix-Hallpike diagnóstica y de Epley para recolocación. En el seguimiento posterior, se le pautaron ejercicios de rehabilitación vestibular en domicilio y desde entonces la paciente se encuentra asintomática no precisando nuevamente de tratamiento oral.

## Exploración y pruebas complementarias

En la consulta de septiembre de 2025 en la que se realizaron las maniobras de reposición la tensión arterial fue de 130/70 mmHg. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos. Buen murmullo vesicular sin crepitantes ni ruidos sobreañadidos. Otoscopia: conducto auditivo externo permeable, tímpano izquierdo opacificado. En la exploración neurológica a destacar un nis-

tagmo horizontal que agota a la izquierda. Dix-Hallpike positivo a la izquierda.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Vértigo posicional paroxístico benigno

### Diagnóstico diferencial

Neuritis vestibular, migraña vestibular, enfermedad de Ménière.

### Comentario final

El vértigo posicional paroxístico benigno constituye una de las causas más frecuentes de vértigo en consulta. Su reconocimiento precoz evita derivaciones innecesarias, reduce el uso inapropiado de fármacos vestibulares y disminuye la ansiedad del paciente. Asimismo, la aplicación de maniobras de reposición en la propia consulta constituye un tratamiento eficaz, seguro y resolutivo en un alto porcentaje de pacientes.

### Bibliografía


- *Quesada Sabaté M. Vértigo y mareo. AMF 2022;18(10);599-600. DOI: 10.55783/amf.181036.*
- *García García E, Gonzalez Compta FX. Actualización en el manejo del vértigo. AMF 2019;15(4);184-191.*


## 918/245. ODINOFAGIA Y DISFONÍA DE UN MES DE EVOLUCIÓN, ¿NOS PREOCUPAMOS?

### Autores:

*Romera Vílchez, M.[1], Martínez del Marmol Martínez, A.[2], Rodríguez Peña, C.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada*

### Descripción del caso

Mujer de 42 años sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos, que acude a consulta por odinofagia de 1 mes de evolución, asociado en los últimos días a disfonía y dolor en musculatura cervical. Había consultado por ello en varias ocasiones en urgencias hospitalarias, con mejoría parcial de la sintomatología tras tratamiento con AINEs y corticoides orales. No refiere fiebre ni pérdida ponderal, tos ni congestión nasal.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida, normocoloreada. Eupneica en reposo sin trabajo respiratorio. Afebril

Auscultación cardiorrespiratoria: tonos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

ORL: orofaringe levemente hiperémica, sin exudados ni mucosidad.

Se palpa tumoración sobre lóbulo tiroideo derecho.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Parálisis cuerdas vocales bilateral por carcinoma papilar de tiroides

### Diagnóstico diferencial

Carcinoma folicular de tiroides, carcinoma medular de tiroides, Bocio multinodular benigno

### Comentario final

Al explorarla bien y palpar la tumoración en región tiroidea; y puesto que clínicamente tenía disfonía, sospechamos de una parálisis de las cuerdas vocales por compresión del nervio laríngeo recurrente debido a esta tumoración. Por ello, derivamos de urgencia a la paciente al servicio de otorrino. Allí confirmaron una parálisis de una cuerda vocal (que con los días pasó a ser bilateral) y solicitaron un TC torácico y de cuello y ecografía con biopsia de la tumoración.

En la ecografía se detectó un bocio multinodular a expensas del lóbulo tiroideo derecho.

La parálisis puede ser por compresión del nervio laríngeo recurrente, por aumento del volumen glandular en el caso de bocio multinodular benigno, o de invasión tumoral del nervio laríngeo.

Finalmente se confirmó carcinoma papilar de tiroides.

### Bibliografía


- *Pardal-Refoyo JL, Pardal-Peláez B, Ochoa-Sangrador C, Estévez-Alonso JS. Laryngeal paralysis detected in preoperative laryngoscopy in malignant and benign thyroid disease. Systematic review and meta-analysis. Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed). 2020 Jun-Jul;67(6):364-373. English, Spanish. doi: 10.1016/j.endinu.2019.09.014. Epub 2019 Dec 24. PMID: 31879254.*
- *Ortega Beltrá N, Martínez Ruíz de Apodaca P, Matarredona Quiles S, Nieto Curiel P, Dalmau Galofre J. Pa-*

*rálisis unilateral de cuerda vocal de causa extralaríngea: etiología y pronóstico. Acta Otorrinolaringol Esp [Internet]. 2022;73(6):376–83. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2021.11.005*

## 918/252. SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE BEZOAR GÁSTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

### Autores:

*Torrico Gonzales, L.[1], Flores Siles, A.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén*

### Descripción del caso

Varón de 74 años con antecedentes de gastroparesia diabética, gastrectomía tipo Billroth I y estreñimiento crónico en tratamiento con laxantes; consulta en Atención Primaria por dolor abdominal tipo cólico, intermitente y de larga evolución, localizado en epigastrio, mesogastrio e irradiado a flanco izquierdo. Última deposición <24 h de características melénicas y anorexia. Afebril, sin vómitos.

### Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física: abdomen globuloso, cicatriz de laparotomía media, blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y mesogastrio, sin signos de irritación peritoneal, sin masas ni megalias palpables, ruidos hidroaéreos conservados. El tacto rectal confirma restos de heces melénicas.

La radiografía simple evidencia una masa redondeada en cámara gástrica de 14,5 cm, con patrón moteado en "miga de pan" y clips quirúrgicos en epigastrio. Se deriva a Digestivo, realizándose endoscopia digestiva alta urgente, que muestra cavidad gástrica ocupada por material alimenticio duro, sin sangrado activo.

Se inicia tratamiento conservador con ingesta diaria de Coca-Cola® y enzimas pancreáticas, celulasa y eritromicina como procinético. A los cuatro días, la radiografía de control muestra reducción significativa del bezoar y tras una semana, la endoscopia confirma resolución completa sin lesiones residuales.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

BEZOAR GÁSTRICO DE GRAN TAMAÑO

### Diagnóstico diferencial

Por la clínica, se consideran: hemorragia digestiva alta y la pseudoobstrucción gástrica. Tras la radiografía, se sospechan neoplasia gástrica y cuerpo extraño.

### Comentario final

Los bezoares gástricos se desarrollan por factores predisponentes, siendo la cirugía gástrica previa y la gastroparesia los más relevantes, favoreciendo acumulación y compactación de restos alimentarios. El diagnóstico se basa en pruebas de imagen, siendo la endoscopia digestiva alta el método de referencia y la radiografía de abdomen poco sensible. En casos seleccionados, el tratamiento conservador con disolventes como Coca-Cola®, enzimas y procinéticos puede ser eficaz. En este caso, el abordaje integral evitó procedimientos endoscópicos o cirugía. Desde Atención Primaria, la sospecha clínica y la derivación precoz fueron claves para el éxito terapéutico.

### Bibliografía


- *Iwamuro M, Okada H, Matsueda K, Inaba T, Kusumoto C, et al. Diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. World J Gastrointest Endosc. 2015;7(4):336-45.*
- *Ladas SD, Kamberoglou D, Karamanolis G, Vlachogiannakos J, Zouboulis-Vafiadis I. Coca-Cola dissolution of gastric phytobezoars. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2013;25(4):463-8.*


## 918/258. DISNEA DE ESFUERZO Y AUMENTO TESTICULAR: CUANDO LA EXPLORACIÓN FÍSICA CAMBIA EL PRONÓSTICO

### Autores:

*Merino Barriuso, P.[1], Peña Pérez, S.[2], Machín Hernández, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga*

### Descripción del caso

Varón de 37 años, fumador de un paquete diario desde hace más de 20 años, sin antecedentes personales de

interés, que acude a consulta de Atención Primaria por aumento progresivo del tamaño del testículo derecho desde hace aproximadamente dos meses, acompañado de disnea de esfuerzo. Refiere síndrome constitucional con pérdida ponderal de 5 kg en los últimos dos meses y sudoración nocturna. Niega fiebre termometrada y no presenta clínica infecciosa asociada.

## Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física, el paciente presenta regular estado general, sin signos de cianosis y eupneico en reposo. Constantes vitales: presión arterial 125/80 mmHg, frecuencia cardiaca 82 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, temperatura 36,5 °C y saturación de oxígeno del 93%.

A la auscultación cardiopulmonar se objetivan ruidos respiratorios disminuidos bilateralmente, con presencia de crepitantes aislados en ambos campos pulmonares. La exploración genital revela una masa testicular indurada, no dolorosa, de límites irregulares en el testículo derecho, sin signos inflamatorios locales.

Se realizó ecografía testicular que confirma una lesión sólida heterogénea en el testículo derecho. Se decidió derivación a Urgencias para realización de pruebas complementarias. La analítica sanguínea mostraba anemia normocítica y elevación de LDH y en la radiografía de tórax se objetivaban múltiples nódulos pulmonares bilaterales compatibles con metástasis.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

La primera sospecha diagnóstica fue de neoplasia testicular maligna con diseminación pulmonar, probablemente un tumor germinal.

## Diagnóstico diferencial

Orquiepididimitis, hidrocele complicado, tumor benigno testicular, linfoma testicular y metástasis testicular secundaria.

## Comentario final

Los tumores de células germinales testiculares son las neoplasias malignas más comunes que afectan a varones adultos de entre 15 y 35 años. Este caso resalta la importancia de una adecuada exploración física ante cualquier aumento testicular y la necesidad de sospecha clínica en presencia de síntomas sistémicos. Una detección temprana y derivación urgente permiten iniciar tratamiento específico, mejorando el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

## Bibliografía


- *Steele GS, Richie JP, Michaelson M. Presentación clínica, diagnóstico y estadificación de los tumores de células germinales testiculares. En: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; actualizado 30 ene 2026 [citado 16 feb 2026].*


# 918/259. MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y USO DE ECOGRAFIA


## Autores:

*Ferrer Sánchez, M.[1], Orihuela Martín, J.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén*


## Descripción del caso

Paciente de 52 años masculino con antecedentes: Hipertensión arterial, Obesidad grado III, Gastrectomía vertical en 2022 , Quistes renales corticales izquierdos, Intervención por abdominoplastia en 2024. Tratamiento : Pantoprazol, Espironolactona, Losartán.

El paciente consulta en varias ocasiones urgencias desde agosto debido a dispepsia, en noviembre acude su médico por disnea y dolor abdominal generalizado, se realiza una ecografía que revela ascitis y una masa en el páncreas, lo que lleva a derivación urgente para estudios adicionales.

## Exploración y pruebas complementarias

Estado general: Regular Abdomen: Globuloso, oleada ascítica, masa palpable en hipocondrio izquierdo, dolor generalizado a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Auscultación cardiopulmonar: Murmullo vesicular conservado. Tonos rítmico. Miembros inferiores: Edemas en ambas piernas, sin signos de trombosis venosa profunda.

Ecografía: Ascitis y masa en páncreas

Analítica: Hemograma: Hematíes: 5.16 millones/µL, Leucocitos: 13,980/µL (77.4% neutrófilos, 11.4% linfocitos),Plaquetas: 404,000/µL. Bioquímica: LDH: 543 U/L, Potasio: 5.4 mEq/L, PCR: 107.4 mg/L.

Tomografía Computarizada: No adenopatías patológicas mediastínicas ni nódulos pulmonares sospechosos. Quistes hepáticos pequeños, sin hallazgos significativos en vesícula biliar, bazo, glándulas suprarrenales, y riñones.

Masa sólida en el cuerpo y cola del páncreas (8.5x5.5 cm), de aspecto necrótico, contactando con estructuras vecinas, como el eje vascular esplénico y la cámara gástrica, que muestra alteraciones postquirúrgicas (probablemente debido a la gastrectomía vertical).

Resonancia Magnética Nuclear: Confirma neoplasia pancreática localmente avanzada con diseminación hepática y peritoneal.

Ecoendoscopia: Se observa una lesión en el cuerpo del páncreas, compatible con malignidad.

Anatomía Patológica (PAAF):Adenocarcinoma pancreático. Perfil inmunohistoquímico: CK7+; CD56-; sinaptofisina-; cromogranina-.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Neoplasia pancreática localmente avanzada con diseminación a hígado (metástasis hepática) y cavidad peritoneal (carcinomatosis peritoneal).

### Diagnóstico diferencial

Cirrosis hepática, linfoma, carcinomatosis peritoneal, cáncer de páncreas, pancreatitis crónica, cáncer gástrico, cáncer hepático.

### Comentario final

Este caso destaca la importancia de un diagnóstico precoz y una evaluación exhaustiva en pacientes con comorbilidades y síntomas inespecíficos desde primaria. La sospecha clínica, respaldada por estudios con imagen adecuados pudiéndose estos realizar en primaria, permite la identificación de neoplasias, mejorando el manejo y la orientación terapéutica del paciente.

### Bibliografía


- *Smith, A., et al. (2021). "Pancreatic Cancer: Diagnosis, Management, and Emerging Therapies". J Clin Oncol, 39(24), 2715-2724.*
- *Johnson, S., et al. (2022). "Palliative Care in Advanced Pancreatic Cancer". Oncology Reports, 48(2), 1290-1299.*


## 918/267. NO TODO ES NEUMONÍA: TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTE JOVEN CON ANTIGENURIA NEUMOCÓCICA POSITIVA


### Autores:

*Biglieri, S.*[1]

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga*


### Descripción del caso

Mujer de 27 años, originaria de Venezuela y residente en España desde hace 9 meses, sin antecedentes personales de interés, que consulta por tos productiva con expectoración verdosa no hemoptoica y disnea de dos semanas de evolución, con empeoramiento en los últimos cinco días, asociando sensación febril y pérdida ponderal de 2 kg en el último mes

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración y pruebas complementarias: tensión arterial 114/53 mmhg, frecuencia cardiaca 123 lpm, saturación de oxígeno 96 %, temperatura axilar 38,2 °C. Auscultación con hipofonía izquierda. Inicialmente se orientó como infección respiratoria aguda. Analítica con PCR 199,6 mg/l, hemoglobina 7,2 g/dl y leucocitos 15.160/µl. Rx de tórax con imagen compatible con bulla en lóbulo superior izquierdo, aumento de trama bronco alveolar y ocupación del seno costo frénico derecho sugestiva de derrame pleural loculado. Ante estos hallazgos y el antecedente de convivencia con hermano diagnosticado de tuberculosis sin estudio de contactos que comentó luego la paciente, se amplió estudio con, cultivo y tinción de esputo, PCR para virus respiratorios y antigenuria para neumococo y legionela, iniciándose antibioterapia empírica con ceftriaxona y levofloxacino. La antigenuria neumocócica resultó positiva, lo que podía justificar el cuadro como neumonía adquirida en la comunidad; sin embargo, el antecedente epidemiológico y los hallazgos radiológicos mantuvieron la sospecha de tuberculosis, confirmándose posteriormente mediante estudio de esputo.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Orientación diagnóstica/juicio clínico: tuberculosis pulmonar con posible coinfección bacteriana.

### Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial: neumonía adquirida en la comunidad, infección vírica respiratoria, absceso pulmonar.

### Comentario final

Comentario final: este caso ilustra la importancia de integrar datos clínicos y epidemiológicos para evitar sesgos diagnósticos ante pruebas complementarias positivas; la sospecha precoz desde atención prima-

ria y el adecuado estudio de contactos son esenciales para el control de la tuberculosis.

### Bibliografía


- *Bibliografía: 1. SEPAR. Guía Clínica de Tuberculosis 2023. Arch Bronconeumol. 2023;59(4):245-52. 2. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia de Tuberculosis en España 2024. Madrid: ISCIII; 2025.*


## 918/270. LO QUE ESCONDE UNA LUMBALGIA

### Autores:

*Sánchez Soto, M.[1], Mota Gavilan, I.[2], Celaya Martínez, J.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan del Puerto. San Juan del Puerto. Huelva, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan del Puerto. San Juan del Puerto. Huelva*

### Descripción del caso

Paciente mujer de 82 años con demencia multidominio GDS 5-6 traída por dolor lumbar.

*Tratamiento habitual: omeprazol, rifaximina, donezepilo 10mg.

*Situación basal: dependiente para ABVD, vive con su marido, vida cama-sillón.

Presenta episodio lumbar de dos meses de evolución, con limitación marcada a la deambulación y encamamiento. Fue valorada 48h previas en el SUH por dolor y empastamiento de miembro inferior derecho de inicio agudo, con diagnostico de trombosis venosa profunda proximal con afectación de vena femoral común y superficial, sin disnea ni dolor torácico yéndose de alta con heparina de bajo peso molecular 1mg/Kg/12h. A las 24h cuadro sincopal de segundos de duración con recuperación lenta y disnea. Presentó también pico febril.

### Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, bien hidratada y perfundida. Taquipneica, taquicardica con tensiones en el límite en torno a TAS 95mmhg.

TA: 99/65mmhg, FC: 95lpm, Sat 02: 88% sin aporte que sube a 94% con FiO2 0.35. Afebril.

ACR rítmica, sin soplos. MV conservado con crepitantes en bases.

Abdomen anodino.

MMII: edemas hasta raíz de MID en relación con TVP proximal. MII sin datos de tvp.

Se realiza ecocardioscopia en el centro de salud:

VD dilatado, inversión del septo interventricular. En aurícula derecha extensa formación hiperecogenica móvil, probable trombo intracavitario.

Se deriva a hospital de referencia, realizan HBC donde destaca: movilización de troponinas 86 y proBNP de 3319.

Se confirma con angioTC.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

TEP BILATERAL

### Diagnóstico diferencial

Tromboembolismo pulmonar vs. Edema agudo de pulmón vs. Neumonía de origen aspirativa en paciente con demencia

### Comentario final

La ecografía point-of-care (POCUS) en atención primaria se revela crucial, donde un dolor lumbar aparentemente banal en una paciente anciana y dependiente enmascara una cascada tromboembólica. Como médico de familia, destaco la importancia de la formación en ecografía, que permitió identificar signos indirectos. Este enfoque refuerza el papel de la medicina de familia en escenarios críticos. (1) (2)

### Bibliografía


- *Okoli ML, Rao P, Kavuma S, Bulusu RV, Hanna-Moussa S, Vahdat K. POCUS for Thrombus: Emphasizing the Importance of Initial Point-of-Care Ultrasound in the Management of Pulmonary Thromboembolism. Cureus. 2024;16(4).*
- *Sánchez Barrancos IM. Ultrasound and Primary Care. Aten Primaria. 2017;49(7):378–80.*


## 918/272. SOSPECHA TUMORAL, DIAGNÓSTICO INESPERADO.

### Autores:

*Vera Rubio, G.[1], Alarcón Hidalgo, M.[2], Mirwani Mirwani, S.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera.*

*Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Valle de Abdalajís. Valle de Abdalajís. Málaga*

## Descripción del caso

Varón de 12 años, sin antecedentes de interés, que en las tres semanas previas presenta cefalea progresiva asociada a irritabilidad y cambios conductuales. En las últimas 48 horas la intensidad aumenta, sin fiebre ni antecedente traumático. Es trasladado por DCCU tras episodio brusco de desconexión del medio con movimientos tónico-clónicos y desviación ocular. A su llegada a Urgencias presenta Glasgow 8 y signos de hipertensión intracraneal, requiriendo ingreso en UCI pediátrica.

## Exploración y pruebas complementarias

La neuroimagen urgente (TAC y posteriormente RM) evidencia lesión frontal izquierda con edema vasogénico y efecto masa significativo. Se inicia tratamiento antiedema y anticomicial ante la sospecha inicial de neoplasia cerebral. El estudio etiológico (LCR, serologías y PCR microbiológicas) resulta negativo. Ante la persistencia de la duda diagnóstica se realiza biopsia cerebral, cuyo resultado es compatible con parasitosis, orientando finalmente a probable neurocisticercosis.

En el seguimiento compartido con Atención Primaria tras el alta, el paciente presenta mejoría progresiva de la hemiparesia derecha residual, adecuada tolerancia a corticoterapia descendente y tratamiento antiparasitario, sin nuevas crisis ni cefalea significativa.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

LOE cerebral con hipertensión intracraneal secundaria, de probable etiología infecciosa parasitaria.

## Diagnóstico diferencial

Tumor cerebral primario; absceso cerebral; tuberculoma; malformación vascular; encefalitis focal.

## Comentario final

La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría y, en la mayoría de los casos, benigna. Sin embargo, la progresión temporal, el cambio conductual y la aparición de crisis comicial constituyen signos de alarma mayores que obligan a descartar patología intracraneal estructural. Este caso ilustra cómo la identificación precoz de "banderas rojas" y la derivación urgente son determinantes para el pronóstico. Además, pone de relieve el papel del médico de Atención Primaria en la continuidad asistencial y seguimiento evolutivo tras el alta hospitalaria.

## Bibliografía


- *Van Acker L, Toribio L, Chachage M, Zeng H, Devleesschauwer B, Garcia HH, et al. Accuracy of immunological tests on serum and urine for diagnosis of Taenia solium neurocysticercosis: a systematic review. PLoS Negl Trop Dis. 2024;18(11):e0012643.*
- *Hamamoto Filho PT, Singh G, Winkler AS, Carpio A. Current advances in the diagnosis and management of neurocysticercosis. Parasitology. 2022;149(12):1581-1593.*


# 918/293. NEUMONIA MULTILOBAR EN PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA.


## Autores:

*Sánchez Arco, M.*[1]

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Torrenueva. Motril. Granada*


## Descripción del caso

Varón de 98 años, no fumador, dislipemico, hipertenso, insuficiencia renal crónica G3BA1. Ha tenido exposición a harinas, por ello presenta, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) por toxinas ocupacionales, tiene oxígeno domiciliario con gafas nasales a 3 litros, en tratamiento con hierro oral, glicopirronio/ fumarato de formeterol dihidrato/ budesonida, simvastatina, ácido acetil salicílico y furosemida. Acudimos a su domicilio por Cuadro clínico de tres días de evolución, consistente en: aumento de mucosidad, expectoración, fiebre, taquipnea y disminución de la conciencia. Se decide traslado al hospital.

## Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 108/56 mmHg Frecuencia 63 lpm. Saturación 90 % con 3 litros por minuto, estuporoso afebril, taquipnea de 28 respiraciones por minuto, con qsofa de 2. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular disminuido y roncus dispersos. Abdomen normal. No edema de miembros inferiores.

Analítica: PCR 25mg/L. Procalcitonina 1,84 ng/ml. Leucocitos 7030 cel/µl. PH 7,34. Pco2: 59. NT-por-BNP 936 mg/ml.

Rx infiltrado alveolar en hemitórax izquierdo.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Orientación diagnostica / Juicio Clínico: Reagudización de EPOC de origen infeccioso en contexto de neumonía multilobar.

### Diagnóstico diferencial

Tuberculosis, bronquiectasias, insuficiencia cardíaca.

### Comentario final

Enfatizar según la sintomatología y empleando herramientas rápidas y sencillas, cómo el qsofa, podemos decidir el traslado al hospital, aunque su sensibilidad es limitada y no debe emplearse cómo único método de cribado.

### Bibliografía


- *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2026 Report. Fontana (WI): GOLD; 2026.*
- *Stoller JK, Hatipoglu U. COPD exacerbations: Management. In: UpToDate, Post TW (ed). UpToDate, Waltham, MA: UpToDate Inc.*


## 918/297. TODOS PARA ECO Y ECO PARA TODOS


### Autores:

*Argüello Suárez, C.[1], Delgado Bayona, L.[2], Domínguez Rodríguez, Y.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga*


### Descripción del caso

Varon 70 años que acude a nuestra consulta de atención primaria por disnea progresiva sin edemas, ni fiebre, ni síntomas respiratorios ni otros hallazgos.

» ANTECEDENTES PERSONALES:

ALÉRGICO a estreptomicina y penicilina. Exfumador. Institucionalizado en residencia Hermanas Hospitalarias. DABVD.

- FRCV: no HTA, no DM, no DLP
- HBP
- Esquizofrenia paranoide
- Neumonía asociada a cuidados sanitarios que provocó sepsis respiratoria en 2016.

» TRATAMIENTO HABITUAL: Quetiapina 250mg c/24h, Lormetazepam 2mg c/24h, Valproato 1g/5ml 5cc c/8h,

### Exploración y pruebas complementarias

Difícil de explorar por falta de colaboración e intranquilidad.

Alerta y reactivo al llamado. Regualr estado general, Bien hidratado y perfundido. Inquieto. Taquipnea a 30 rpm con leve apoyo intercostal.

- AC: Tonos rítmicos y regulares, sin soplos.
- AP: Hipventilación marcada en hemitórax izquierdo, sin otros ruidos sobreañadidos.
- EEII: No signos de Trombosis Venosa Profunda , pulsos presentes. No edemas
- Constantes: TA: 135/93mmHg. FC: 96lpm. SatO2: 89% que mejora con gafas nasales a 4 litros hasta 93 %.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Solicitamos una radiografía de tórax preferente pero no hay cita ese mismo día... ¿Deberíamos derivar a Urgencias del Hospital a por una radiografía de torax urgente o puede esperar a mañana?

Decidimos hacer uso del ecógrafo en la consulta de Atención Primaria para tomar la mejor decisión y visualizamos el "signo de la medusa" en seno costofrénico izquierdo.

### Diagnóstico diferencial

Derivamos al hospital por sospecha de posible masa a filiar, donde le hacen una radiografía de torax urgente descrita como:

"Desplazamiento mediastino hacia la derecha con lesión ocupante de casi todo el hemitórax izquierdo en relación a probable masa con derrame pleural masivo loculado con atelectasia compresiva"

Finalmente, se confirma el diagnóstico de: "Insuficiencia Respiratoria Aguda Global en el contexto de neoplasia pulmonar izquierda"

## Comentario final

La ecografía es una herramienta útil en la atención primaria pues aumenta la capacidad diagnóstica y resolutiva del médico de familia, con el fin de poder hacer una actuación médica adecuada al tipo de prioridad y las necesidades reales de cada paciente.

## Bibliografía


- *J.A. Sánchez-Duque, G.A. Muñoz-Marin. Point-of-care ultrasound in primary care [Article in Spanish]. Aten Primaria, 54 (2022), pp. 102474*
- *B. Martin-Borregón. Incorporación de la ecografía en Atención Primaria Competencias digitales para tutor y residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ed. SEMERGEN, (2022), pp. 216-220*


# 918/303. ADENOPATÍA CERVICAL

## Autores:

*Núñez Santos, J.[1], Peña Soler, R.[2], Ruíz Tajuelo, S.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén, (2) R4 MFyC, Hospital Alto Guadalquivir, (3) Médica de MFyC, CS puerta Madrid, Andujar*

## Descripción del caso

Paciente de 34a que consulta por adenopatía cervical supraclavicular izquierda de 2 meses. No nota crecimiento desde entonces. Pérdida de peso, refiere está a dieta. No otros síntomas por sistemas. No molestias abdominales, tampoco clínica cutánea, salvo prurito episódico.

## Exploración y pruebas complementarias

BEG, consciente y orientada. BPyH.

ACP: normal.

ABDMEN: normal.

Adenopatía supraclavicular izq de 1x1 rodadera y otras más pequeñas siguiendo paquetes yúgulocarotídeo.

Se solicita analítica completa más pruebas complementarias.

- ANALITICA: Hemograma normal, VSG 5, coagulación normal, LDH, transaminasas, Ca, proteinas y FA normal, Beta-2-microglobulinas 1.44, marcadores tumorales normales, TSH: 5.85, T4 1.23, Igs normales. Perfil férrico normal, Vitmaina D 10.4. Proteinograma sin CM. Serología VHB/VHC/VIH negativas.
- TC DE CUELLO, TÓRAX Y ABDOMINOPÉLVICO CON CONTRASTE I.V: Conclusión: Se observan al menos seis adenopatías yugulares bajas y supraclaviculares izquierdas, la de mayor volumen de 28x16 mm.ii) Hiperplasia tímica. iii) No se observan otras adenopatías infra ni supradiafragmáticas.
- BAG de adenopatía supraclavicular Izq: Conclusión: Linfoma de Hodgkin clásico, sugestivamente subtipo esclerosis nodular (OMS 2022).

Dado enfermedad se deriva a Hematología de hospital de referencia, que valora dado que se trata de un estadio localizado con pronóstico favorable, 2 ciclos de ABVD.

- PET INTERIN a los 3 meses del TAC, tras ciclos de QMT: respuesta metabólica completa Deauville 2 de las adenopatías previas, sin evidencia de lesioens de nueva aparición.

Dado buena respuesta a tratamiento y evolución favorable, se decide controles cada 4 meses hasta completar 2a, cada 6 meses hasta completar 5a y anuales hasta los 10a. No se realizará nuevo pet, a no ser que exista sospecha clínica o analítica de recaída.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

E. de Hodgkin subtipo Esclerosis Nodular.

## Diagnóstico diferencial

Mononucleosis infecciosa (EBV).

Tuberculosis ganglionar.

Metástasis ganglionar.

Enfermedad de Hodgkin.

## Comentario final

El caso subraya que las adenopatías supraclaviculares requieren estudio, la biopsia precoz es fundamental en adenopatías persistentes y que el PET ayuda a valorar la respuesta. LDH o VSG normales no descartan linfoma inicial.

Aunque es una neoplasia potencialmente grave, en fases precoces tiene buen pronóstico y alta probabilidad curativa.

## Bibliografía


- *Campo E, Jaffe ES, Cook JR, Quintanilla-Martinez L, Swerdlow SH, Anderson KC, et al. The International Consensus Classification of Mature Lymphoid Neoplasms: a report from the Clinical Advisory Committee. Blood. 2022;140(11):1229–1253.*

## 918/306. CUANDO EL INVIERNO ANUNCIA UNA OCLUSIÓN ANTERIOR


### Autores:

*Iglesias Manso, M.[1], Ríos Pérez, L.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz*


### Descripción del caso

Varón de 59 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 20 cigarrillos al día. Antecedentes personales de dislipemia, en tratamiento activo con estatinas. Acude a su centro de salud por cuadro de dolor centrotorácico opresivo irradiado a región mandibular, de aproximadamente 6 horas de evolución, que ha comenzado mientras estaba durmiendo, llegando a despertarle el dolor en varias ocasiones. Niega fiebre, palpitaciones, disnea u otra sintomatología. Auscultación anodina. Se realiza toma de constantes y ECG. Dado el reconocimiento del patrón de Winter en ECG como equivalente de infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST), se activa código infarto y se traslada al paciente a hospital de referencia para realización de angioplastia primaria urgente. En la misma, se evidencia una oclusión proximal de la arteria descendente anterior (DA). Se realiza angioplastia con colocación de stent farmacológico con restauración exitosa del flujo.

### Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, sudoración profusa, discreta palidez mucocutánea. Eupneico en reposo. Afebril. Constantes: TA 153/90 mmHg, FC 73 lpm. Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos audibles; MVC, sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Se realiza ECG donde se aprecia ritmo sinusal a 72 lpm, infradesnivel del ST en el punto J en V2-V5, presencia de ondas T altas y simétricas en derivaciones precordiales y mínima elevación del ST en aVR, compatible con patrón de Winter.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Síndrome coronario agudo, patrón de Winter en ECG

### Diagnóstico diferencial

Isquemia subendocárdica difusa (NSTEMI)

Hiperpotasemia

Repolarización precoz

### Comentario final

El patrón de Winter se caracteriza por infradesnivel ascendente del ST en derivaciones precordiales, ondas T altas y simétricas, elevación leve del ST en aVR y ausencia de elevación típica del ST en el ECG. Se presenta en un 2% de las oclusiones proximales de la DA. Es equivalente a IAMCEST y requiere reperfusión inmediata. Su reconocimiento precoz facilita una actuación inmediata.

### Bibliografía


- *de Winter RJ, Verouden NJW, Wellens HJJ, Wilde AAM. A new ECG sign of proximal LAD occlusion. N Engl J Med. 2008; 358(19): 2071-2073.*
- *Thangam M, Parikh SV, Badheka AO, et al. The de Winter ECG pattern: morphology and accuracy for diagnosing acute coronary occlusion: a systematic review. Eur J Emerg Med. 2017; 24(5):365-371.*


## 918/307. EL ECO DE LO INESPERADO: UNA LUMBALGIA QUE CAMBIÓ DE FRECUENCIA


### Autores:

*Lillo Ramírez, E.[1], Rodríguez Gálvez, M.[2], Lillo Ramírez, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada*


### Descripción del caso

Varón de 19 años, con antecedente de baja talla en tratamiento hormonal, acude a consulta por lumbalgia. La exploración física inicial fue anodina y se pautaron antiinflamatorios, con mejoría clínica. A los 4 meses consulta por tumoración cervical de un mes de evolución tras cuadro catarral, sin signos de alarma. Tras exploración física y ecografía en consulta, se solicita analítica de sangre y se deriva a otorrinolaringología de forma preferente para valoración y PAAF si procede. Posteriormente, acude por empeoramiento de la lumbalgia, despertándole por la noche, y refiere cierta impotencia funcional de miembro inferior izquierdo y claudicación al caminar.

## Exploración y pruebas complementarias

Lumbar (1ªconsulta): Dolor a la flexión del tronco. Lasegue y Bragard negativos.

Cuello: tumoración redondeada, móvil, en área IIb, posterior, de unos 3 cm, sin otras adenopatías.

Ecografía de región cervical con sonda lineal: lesión retroauricular izquierda de 3.01 × 1.71 × 3.42 cm, predominantemente quística, con refuerzo posterior y doppler periférico.

Analítica de sangre: hemograma, bioquímica y hormonas sin alteraciones; serología IgG positiva para Epstein-Bar y citomegalovirus.

Lumbar (2ª consulta): tumoración dura en región izquierda hasta pala iliaca.

Ecografía abdominal con sonda convex: masa heterogénea sólido-quística de 7.53 x 7.18 cm en flanco izquierdo poco vascularizada, doppler negativo; hígado, bazo y riñones sin alteraciones.

Biopsia: lesión mesenquimal maligna de células redondas de alto grado histológico, junto a los estudios moleculares sugieren la posibilidad de un liposarcoma mixoide.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Liposarcoma mixoide en ala sacra izquierda, con lesión metastásica cervical y ósea

## Diagnóstico diferencial

Lipoma benigno, Adenopatía reactiva postinfecciosa, quiste branquial

## Comentario final

Este caso muestra que lo aparentemente normal puede evolucionar de forma atípica. La actuación precoz desde Atención Primaria, sustentada en la ecografía clínica, resultó determinante para acortar los tiempos. En Medicina de Familia, el razonamiento clínico, la continuidad asistencial y la mirada crítica son pilares fundamentales de nuestra especialidad, permitiendo cambiar historias: el paciente sigue tratamiento quimioterapéutico en la Unidad de Sarcomas. Escuchar y reevaluar marcan la diferencia.

## Bibliografía


- *Khan K, Azzopardi E, Camilleri L, Azzopardi EA, Bragg TH. Value of clinical, ultrasonographic and MRI signs as diagnostic differentiators of non-benign lipomatous tumours. Sci Rep. 2020;10:20756. doi:10.1038/s41598-020-77244-2. PMID: 33247209; PMCID: PMC7695823*


# 918/309. CARDIOTOXICIDAD POR 5-FLUOROURACILO SIMULANDO SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN ATENCIÓN PRIMARIA


## Autores:

*Mozas Benítez, L.[1], Cantador López, I.[2], González Garrido, M.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro de Córdoba. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta de la Reina. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba*


## Descripción del caso

Varón de 74 años que consulta en Atención Primaria por dolor centrotorácico opresivo, no irradiado, acompañado de cortejo vegetativo con náuseas, de aproximadamente dos horas de evolución. Presenta antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico y adenocarcinoma de recto superior estadio IV, intervenido quirúrgicamente y en tratamiento con radioterapia y 5-fluorouracilo

## Exploración y pruebas complementarias

Paciente consciente, orientado y hemodinámicamente estable.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando y depresible sin masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Murphy y Blumberg negativos. Puñopercusión renal negativa.

Extremidades inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Las pruebas complementarias solicitadas incluyen:

- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 latidos por minuto. QRS estrecho. Eje normal. Ondas T negativas en V3-V6, I y aVL.
- Radiografía de tórax: índice cardiotorácico normal. Sin condensaciones ni derrame pleural.
- -Analítica: hemograma sin alteraciones. Dímero- D 1591. Creatinina 1,97 mg/dL. Destaca NT-proBNP 4410 pg/mL y determinación de troponina: 108 (primera determinación), 966 (segunda determinación), 1491 (tercera determinación).

- AngioTC pulmonar: sin signos de tromboembolismo pulmonar.
- Ecocardioscopia: ventrículo izquierdo de tamaño normal con función sistólica global preservada. Hipoquinesia inferior basal. Hiperrefrigerancia de toda la cara inferior. Anterior, anterolateral e inferolateral conservado. Ventrículo derecho de tamaño normal con función sistólica preservada. Insuficiencia mitral leve. Sin derrame pericárdico.
- Coronariografía: sin lesiones significativas.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Dolor torácico con movilización enzimática en contexto de tratamiento con 5-fluorouracilo, compatible con cardiotoxicidad secundaria al fármaco

### Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluyó: miocarditis, miocardiopatía de Takotsubo y tromboembolismo pulmonar

### Comentario final

El 5-fluorouracilo es un quimioterápico ampliamente utilizado en el tratamiento del cáncer colorrectal. La cardiotoxicidad ocurre en aproximadamente el 1-10% de los pacientes y la manifestación clínica más frecuente es la angina por vasoespasmo coronario. Clínicamente puede simular un síndrome coronario agudo, con dolor torácico, cambios en el electrocardiograma e incluso arritmias o disfunción ventricular. La ausencia de lesiones significativas en la coronariografía orienta hacia una etiología no aterotrombótica.

El reconocimiento precoz en Atención Primaria es fundamental para la rápida derivación hospitalaria, la suspensión del fármaco y la prevención de recurrencias

### Bibliografía


- *Lyon AR, López-Fernández T, Couch LS, et al. 2022 ESC Guidelines on cardio-oncology. Eur Heart J. 2022;43(41):4229-4361*


## 918/310. CRISIS MIXEDEMATOSA COMO CAUSA DE ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Cantador López, I.[1], González Garrido, M.[2], Mozas Benítez, L.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta de la Reina. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro de Córdoba. Córdoba*


### Descripción del caso

Aviso domiciliario desde Atención Primaria por varón de 67 años encontrado en el suelo con bajo nivel de conciencia. Antecedentes de hipotiroidismo sin tratamiento sustitutivo desde hacía años, consumo crónico y abusivo de alcohol y deterioro severo de autocuidados. A la valoración presenta desorientación, lenguaje incoherente y escasa colaboración. Piel seca y fría. Constantes: TA 107/77 mmHg, FC 45–60 lpm, hipoventilación y temperatura no registrable con termómetro convencional, objetivándose hipotermia severa al tacto. Ante la sospecha de coma metabólico se decide derivación urgente hospitalaria

### Exploración y pruebas complementarias

En urgencias hospitalarias se objetiva anemia (Hb 8,6 g/dL), hiponatremia leve, elevación marcada de CPK y acidosis respiratoria con retención de CO2. TAC craneal sin hallazgos agudos. Perfil tiroideo con TSH extremadamente elevada y T4 libre prácticamente indetectable, confirmándose crisis mixedematosa.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

La asociación de alteración del nivel de conciencia, bradicardia e hipotermia en paciente con hipotiroidismo no tratado orientó desde Atención Primaria hacia una etiología endocrinológica grave, priorizando crisis mixedematosa frente a intoxicación etílica u otras causas frecuentes.

### Diagnóstico diferencial

Intoxicación etílica o farmacológica; sepsis; ictus; insuficiencia suprarrenal; otras causas de coma metabólico.

### Comentario final

La crisis mixedematosa es una urgencia endocrinológica infrecuente, pero con elevada mortalidad. Su sospecha es clínica y no debe retrasarse su tratamiento en espera de la confirmación analítica. En Atención Primaria, la identificación de hipotermia y bradicardia en un paciente con alteración del nivel de conciencia debe alertar sobre esta entidad y motivar derivación urgen-

te, siendo el reconocimiento precoz determinante para el pronóstico

### Bibliografía


- *Klubo-Gwiezdzinska J, Wartofsky L. Thyroid emergencies. Med Clin North Am. 2012;96(2):385-403.*
- *Mathew V, Misgar RA, Ghosh S, et al. Myxedema coma: a new look into an old crisis. J Thyroid Res. 2011;2011:493462.*


## 918/311. DE DISNEA A FIBROSIS: CASO CLÍNICO DE EPID FIBROSANTE

### Autores:

*García Rodríguez, I.[1], Diz Caballero, V.[2], Castaño González, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana - Dos Hermanas C. Dos Hermanas. Sevilla*

### Descripción del caso

Paciente varón de 49 años que acude a consulta de Atención Primaria (AP) por aumento de su disnea basal. Refiere disnea de esfuerzo desde hace bastantes años, pero ha ido en aumento sobre todo en los 2 últimos años hasta hacerse grado 2 mMRC. Se acompaña de tos sin expectoración. No fiebre ni dolor torácico. No ortopnea ni edemas en miembros inferiores (MMII). RGE frecuente.

ANTECEDENTES PERSONALES

Fumador de 40 cigarrillos/día desde los 15 años (IPA 60) y consumidor de hachís, pero desde hace un mes aproximadamente solo vapea.

No bebedor.

Trabaja en control de accesos a recintos y de mantenimiento, pero también ha trabajado en construcción de naves industriales, con exposición a polvos de obra.

Tuvo una cría de alcón hace unos años.

No NAC, ni TBC ni pleuritis.

Isquemia en MID hace años, sin causa clara.

Hernia de Hiato con ERGE.

### Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, BHyP. Afebril, eupneico en reposo.

Constantes: SatO2 basal 92-93% aire ambiente.

FC 110 lpm.

ACR: corazón rítmico a buena frecuencia, sin soplos. MVC con crepitantes finos tipo velcro en ambas bases pulmonares sobre todo izquierda.

MANOS: acropaquias o dedos en palillos de tambor.

MMII: No edemas, ni signos de TVP.

Analítica sanguínea.

Radiografía de tórax. Patrón intersticial bilateral más acusado en vértices.

En un segundo tiempo, TAC TÓRAX: Patrón intersticial reticular, tosco, de características fibrosantes progresivas, con extensión significativa para la edad del paciente.

Espirometría: No obstructiva.

Al paciente se deriva a Neumología. En dicho servicio, se remite a la Unidad de Trasplantes de Córdoba.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa fibrosante.

### Diagnóstico diferencial

Fibrosis pulmonar idiopática

Enfermedad pulmonar intersticial difusa

### Comentario final

La principal lección es que la anamnesis estructurada y exploración física minuciosa siguen siendo herramientas diagnósticas fundamentales, incluso en patologías complejas como este caso. La detección precoz por parte del médico de familia puede cambiar el curso clínico/pronóstico de una enfermedad potencialmente devastadora como es la EPID fibrosante.

### Bibliografía


- *Benegas Urteaga M, Ramírez Ruz J, Sánchez González M. Idiopathic pulmonary fibrosis. Radiología (Engl Ed). 2022 Dec;64 Suppl 3:227-239. doi: 10.1016/j.rxeng.2022.10.009. PMID: 36737162.*
- *Serrano Gotarredona MP, Navarro Herrero S, Gómez Izquierdo L, Rodríguez Portal JA. Smoking-related interstitial lung disease. Radiología (Engl Ed). 2022 Dec;64 Suppl 3:277-289. doi: 10.1016/j.rxeng.2022.10.008. PMID: 36737166.*

## 918/312. QUISTE HIDATÍDICO MUSCULAR


### Autores:

*González Garrido, M.[1], Mozas Benítez, L.[2], Cantador López, I.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro de Córdoba. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta de la Reina. Córdoba*


### Descripción del caso

Paciente mujer de 51 años, peruana, que en septiembre 2020 consulta a su médico por una tumoración en muslo izquierdo con crecimiento progresivo de meses de evolución, motivos por los que solicita una ecografía para descartar malignidad. Tras los resultados, deriva a Medicina Interna para estudio.

### Exploración y pruebas complementarias

-Exploración física: tumoración en zona interna de muslo izquierdo de unos 14cm de diámetro, pétrea. Molesta a la palpación y deambulación.

-Pruebas complementarias:

*Ecografía (noviembre 2020): aumento de tejido adiposo en cara interna de muslo izquierdo, sin alteraciones. Ganglio de morfología ovalada en región inguinal de 9mm, de características inespecíficas.

*Resonancia magnética (julio 2021): lesión quística, homogénea, de 16,5x12,3x8,5cm intramuscular en el compartimiento adductor, descartándose la estirpe lipomatosa. Dado que la paciente procede de zona endémica, habría que considerar la posibilidad de quiste hidatídico.

-Evolución clínica:

Tras dicha recomendación, en febrero 2022 Traumatología extrae de la lesión 1080ml de líquido transparente mediante drenaje cutáneo.

A los 3 meses ingresa por recidiva de la lesión, objetivándose en una nueva resonancia "recidiva de lesión quística de 16,5x11,5x10cm en compartimento adductor del muslo izquierdo, actualmente de aspecto más complejo con imagen lineal intralesional que podría corresponder a pared/cápsula de la lesión previa colapsada".

Se coloca otro drenaje cutáneo, extrayéndose esta vez un líquido espeso y oscuro, cuya serología y microbiología resulta positiva a Echinococcus granulosus.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Hidatidosis muscular.

### Diagnóstico diferencial

Sarcoma, lipoma, absceso, tuberculosis muscular...

### Comentario final

La lesión es tratada mediante esclerosis con alcohol por Radiología Vascular y albendazol 400mg cada 12 horas vía oral durante un mes con resultados satisfactorios.

Este caso clínico muestra como una patología poco frecuente como la hidatidosis muscular puede simular inicialmente entidades más comunes de partes blandas, retrasando así el diagnóstico definitivo por lo que, ante pacientes procedentes de zonas endémicas, es importante tener esta patología en cuenta.

La hidatidosis por Echinococcus granulosus afecta con más frecuencia al hígado y al pulmón, siendo la localización muscular una forma rara, lo que contribuye también a su infradiagnóstico.

### Bibliografía


- *Moro PL, Reddy DN. Echinococcosis: clinical manifestations and diagnosis. In: UpToDate, Post TW (Ed). UpToDate; 2022 Oct 21. Available from: https://www.uptodate.com/contents/echinococcosis-clinical-manifestations-and-diagnosis*


## 918/314. LESIÓN ULCEROCOSTROSA EN LA FRENTE: UN ROMPECABEZAS DIAGNÓSTICO


### Autores:

*Santana Cristóbal, V.[1], Cristóbal Pinto, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mengíbar Dr. Manuel Polaina Bailón. Mengíbar. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz*


### Descripción del caso

Paciente mujer de 50 años, sin antecedentes relevantes, sin contacto con animales y sin viajes recientes

al extranjero. Consulta por lesión ulcerosa en región frontal, de dos meses de evolución. La lesión generó preocupación debido a su aspecto sugestivo de malignidad, lo que motivó la consulta en clínicas privadas ante la dificultad de acceso a Dermatología en la Sanidad Pública (listas de espera de 3-6 meses y teleconsulta no disponible de manera inmediata).

### Exploración y pruebas complementarias

- Exploración física: lesión ulcerocostrosa en región supraciliar derecha, eritematosa, con tres áreas deprimidas de aspecto atrófico.
- Biopsias: infiltrado inflamatorio perivascular, superficial y profundo, con predominio de linfocitos, plasmáticas, eosinófilos y mastocitos. Algunos histiocitos con material intracitoplasmático similar al de Leishmania donovani, sin evidencia de malignidad, vasculitis ni cuerpo extraño. Hallazgos sugestivos de proceso inflamatorio evolucionado, compatible con Leishmaniasis cutánea o herpes zóster en resolución.
- Serologías y PCR: Treponema pallidum, herpes simple 1 y 2, varicela zóster, Leishmania donovani: negativas. Cultivos de micobacterias y hongos: negativos.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

- Lesión ulcerocostrosa de evolución subaguda, con infiltrado inflamatorio crónico y hallazgos histológicos sugestivos pero no concluyentes para Leishmania cutánea.
- Diagnóstico clínico más probable: Herpes zóster en resolución, Leishmaniasis cutánea.

### Diagnóstico diferencial

- Lesión maligna cutánea: carcinoma espinocelular (descartado mediante evolución clínica y seguimiento).
- Infecciones cutáneas: herpes zóster, herpes simple, leishmaniasis cutánea.
- Otras causas inflamatorias: vasculitis cutánea, reacción a cuerpo extraño, lesiones granulomatosas.

### Comentario final

El caso refleja las dificultades de la atención primaria ante lesiones cutáneas de posible malignidad o infecciosas raras. La paciente sufrió ansiedad por la demora en la derivación a Dermatología en hospital público y la necesidad de acudir a consultas privadas para obtener un diagnóstico y tratamiento oportuno. Finalmente, la lesión evolucionó favorablemente con doxiciclina y cuidado local, sin evidencia de malignidad. Destacar la importancia de la derivación eficaz y protocolos de alerta en lesiones cutáneas sospechosas, la necesidad de acceso a especialistas hospitalarios desde Atención Primaria para reducir ansiedad y riesgos clínicos, y realizar las pruebas correspondientes.

### Bibliografía


- *Abadías-Granado I, et al. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2021 Feb 27:S0001-7310(21)00108-3.*
- *García Callejo FJ, et al. ENT involvement in Leishmania infections. Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed). 2021 Jan-Feb;72(1):3-10.*


## 918/315. ¿DOCTORA SERÁ ANSIEDAD?


### Autores:

*Moreno Toscano, L.[1], Juan Santos, L.[2], Montblanc Díaz, E.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José de La Rinconada - Los Carteros. La Rinconada. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José de La Rinconada - Los Carteros. La Rinconada. Sevilla*


### Descripción del caso

Mujer de 44 años que acude al Centro de Salud por episodios de odinofagia y disnea progresiva a moderados esfuerzos de 4 días de evolución. En la primera ocasión comenzó de forma aguda mientras hacía la cama, presentando disnea, palpitaciones y dolor torácico punzante. Tras administración de metilprednisolona intramuscular se produce mejoría de la clínica. Sin embargo, posteriormente vuelve a presentar la misma sintomatología. Niega fiebre, náuseas y vómitos. Niega síncope y presíncope. Niega diarrea y estreñimiento. Niega clínica urinaria. Niega otros síntomas por aparatos. No anticonceptivas. No fumadora. No inmovilización, cirugías ni viajes recientes. Escasa movilidad en su trabajo.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Hemodinámicamente estable.

Frecuencia cardíaca: 123 lpm. SatO2: 99% sin aportes

Auscultación cardiopulmonar: rítmica a rápida frecuencia, sin soplos ni extratonos. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos.

ECG: taquicardia sinusal a 113lpm. QRS estrecho. No alteraciones del ST. No imágenes de bloqueo.

Ante la sospecha clínica, se decide derivación urgente al hospital para valoración mediante pruebas complementarias.

En Urgencias se realizaron pruebas complementarias, incluyendo radiografía de tórax, que no evidenció hallazgos patológicos. En la analítica sanguínea se objetivó una leve leucocitosis con neutrofilia y marcada elevación del dímero D. Ante estos resultados, se amplió el estudio mediante angio-TC torácica, cuyos hallazgos fueron compatibles con tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

TEP bilateral

### Diagnóstico diferencial

Neumotórax espontáneo; síndrome coronario agudo; crisis asmática/ broncoespasmo; reacción alérgica/ anafilaxia leve; pericarditis; crisis de ansiedad; taquiarritmia paroxística.

### Comentario final

La paciente recibió el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar bilateral de origen no filiado y se inició tratamiento con anticoagulación por vía subcutánea y posteriormente, oral. Una valoración clínica minuciosa, la correcta orientación del diagnóstico diferencial y la derivación urgente cuando esté indicada constituyen recursos fundamentales para el Médico de Atención Primaria, ya que permiten identificar precozmente procesos potencialmente graves, como el tromboembolismo pulmonar bilateral.

### Bibliografía


- *Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, editores. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 2023. Sección III, Urgencias cardiovasculares; Sección IV, Urgencias del aparato respiratorio.*


## 918/318. DOLOR ABDOMINAL SILENCIOSO: CUANDO LOS SÍNTOMAS TARDAN EN REVELAR LA URGENCIA


### Autores:

*Moreno Toscano, L.[1], Durán Pozo, R.[2], Bardón Rozas, A.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José de La Rinconada - Los Carteros. La Rinconada. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Viso del Alcor. El Viso del Alcor. Sevilla*


### Descripción del caso

Varón de 60 años que consulta por dolor en fosa ilíaca derecha y epigastrio, de dos días de evolución, acompañado de malestar general de aproximadamente una semana. Niega síntomas urinarios, digestivos o alteraciones en el hábito intestinal. Refiere fiebre de hasta 39 °C la noche anterior y de 38 °C en el día de hoy. No presenta náuseas, vómitos ni otra sintomatología atribuible a otros sistemas.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Hemodinámicamente estable.

Frecuencia cardíaca: 75 lpm. Temperatura: 38ºC.

Auscultación cardiopulmonar: rítmico a buena frecuencia, sin soplos ni extratonos. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos.

Abdomen con ruidos hidroaéreos conservados. Blando y depresible. Doloroso a la palpación en fosa ilíaca y flanco derechos. Blumberg dudoso. Murphy negativo. No se palpan masas ni megalias.

Refiere molestias leves en reposo y, al no percibir dolor intenso inicialmente, rechaza la administración de analgesia.

En analítica se aprecia leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva de 223. Se realiza TAC con contraste de abdomen y pelvis donde se observan hallazgos en relación con apendicitis aguda gangrenosa.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Apendicitis aguda gangrenosa

### Diagnóstico diferencial

Plastrón apendicular; ileítis terminal; perforación de víscera hueca; pielonefritis; cólico nefrítico; gastroenteritis; colitis infecciosa; hernia inguinal incarcerada; colecistitis.

### Comentario final

La apendicitis aguda gangrenosa constituye una forma evolucionada y potencialmente grave de apendicitis, asociada a mayor riesgo de perforación, absceso y peritonitis. Este caso pone de manifiesto la importancia de realizar una anamnesis detallada y, especialmente, una exploración física minuciosa y sistemática, ya que la identificación precoz de signos de irritación perito-

neal y la correcta interpretación de la clínica permiten orientar adecuadamente el diagnóstico diferencial y agilizar la solicitud de pruebas complementarias. Una valoración clínica rigurosa sigue siendo una herramienta fundamental para establecer un diagnóstico temprano y evitar complicaciones, mejorando así el pronóstico del paciente.

### Bibliografía


- *Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, eds. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 2023. Sección V, Urgencias del aparato digestivo.*


## 918/323. NO SÓLO SON AGUJETAS: DEBUT DE MIOPATÍA INFLAMATORIA

### Autores:

*Morales Fraile, I.[1], Salas Burgos, J.[2], Gamero de Luna, E.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla*

### Descripción del caso

Mujer de 32 años que acude a la consulta por sensación de astenia, mialgias generalmente en cuádriceps y hombros. Antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento y niega toma de otros fármacos u otros antecedentes clínicos o quirúrgicos de interés desde la anterior visita. Sí comenta aumento de ejercicio físico.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eutímica, no dolor a la palpación ni movilización activa ni pasiva de las piernas. No alteraciones cutáneas. No fiebre. Se realiza analítica sanguínea con función tiroidea (que resulta normal), creatina kinasa (CCK) que resulta elevada y elemental de orina (normal). Siete días más tarde se repite analítica, enfatizando que no realice ningún ejercicio físico durante estos 7 días.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Miopatía inflamatoria

### Diagnóstico diferencial

Descompensación de su hipotiroidismo (que se descarta ante normalidad analítica), alteraciones iónicas (no altreaciones analíticas), secundarismo farmacológico (niega consumo de medicación habitual), rabdomiolisis (clínica y análisis no compatibles), hiperCKemia por ejercicio extenuante (rechazado al repetir segunda analítica donde persiste elevación CCK).

### Comentario final

Las miopatías inflamatorias son un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas raras caracterizadas por debilidad e inflamación muscular, (músculo estriado mayoritariamente) con un patrón de afectación muscular característico. Dentro del diagnóstico, más allá de la sospecha clínica, se caracteriza por elevaciones en varias analíticas de la CCK (ajustada por raza y sexo) en ausencia de ejercicio físico y descartando otras posibles causas, ya que suelen ser un diagnóstico de exclusión. A veces se plantea biopsias musculares y otras pruebas de imagen. Estos pacientes necesitan un seguimiento multidimensional, y un estudio de autoinmunidad, así como descartar su posible asociación con cáncer.

### Bibliografía


- *1- Moghadam-Kia S, Oddis CV, Aggarwal R. Approach to asymptomatic creatine kinase elevation. Cleve Clin J Med. 2016 Jan;83(1):37-42. doi: 10.3949/ccjm.83a.14120. PMID: 26760521; PMCID: PMC4871266.*
- *2- Selva O'Callaghan, A., & Trallero Araguás, E. (2008). Miopatías inflamatorias. Dermatomiositis, polimiositis y miositis con cuerpos de inclusión. Reumatologia clinica, 4(5), 197–206. https://doi.org/10.1016/S1699-258X(08)72464-1*


## 918/324. EVITAR EL SESGO DE ANCLAJE EN UNA MASA INGUINAL: CUANDO LO PROBABLE ECLIPSA LO POSIBLE

### Autores:

*García Chueco, I.[1], Hernández Zuniga, C.[2], García López, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Este. Motril. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salobreña. Salobreña. Granada*

### Descripción del caso

Hombre de 66 años con los antecedentes de hipertensión arterial, hernia inguinal bilateral pendiente de

intervención y tabaquismo (índice paquetes-año: 40); acude a consulta de Atención Primaria (AP) por dolor en ingle izquierda que identifica como similar al producido por su hernia con empeoramiento reciente sin otros síntomas asociados.

### Exploración y pruebas complementarias

En la exploración destaca masa inguinal izquierda no reductible de 3-4 cm, pétrea y dolorosa a la palpación.

Tras valorar diagnósticos diferenciales a la hernia (como la adenopatía inguinal) se decide derivar al paciente al Servicio de Urgencias Hospitalarias donde tras pruebas analíticas anodinas (en las que presentó solo hematuria moderada en el sistemático de orina) se solicitó TC abdominal con contraste ante mal manejo del dolor apreciándose masa intravesical de 5 cm que condiciona uretero-hidronefrosis bilateral leve, sospechosa de neoplasia vesical, además de numerosas y voluminosas adenopatías inguinales izquierdas e iliacas externas bilaterales.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Neoplasia vesical

### Diagnóstico diferencial

Hernia crural complicada

### Comentario final

La masa inguinal es un motivo frecuente de consulta en AP constituyendo la hernia el diagnóstico más prevalente. Sin embargo, tal como y como nos muestran publicaciones del Journal of Surgical Case Reports (1, 2) el diagnóstico diferencial de una masa inguinal debe incluir patología neoplásica, infecciosa y vascular, ya que, por ejemplo, adenopatías inguinales voluminosas pueden simular clínicamente una hernia incarcerada. Lo que nos obliga a ampliar el diagnostico diferencial más allá de la patología herniaria y no considerar etiologías alternativas puede conducir al retraso diagnóstico de patologías severas.

Diversos casos clínicos han puesto de manifiesto que las características clínicas aisladas pueden resultar insuficientes para distinguir entre patología herniaria y ganglionar, siendo necesaria en muchos casos, una prueba de imagen como la ecografía[1,2] o el TAC abdominal.

Este caso muestra la necesidad de superar el sesgo de anclaje ante diagnósticos prevalentes o antecedentes personales valorando el manejo del diagnóstico diferencial desde AP, fundamental para la correcta orientación clínica y la seguridad del paciente.

### Bibliografía


- *Conglomerate of inguinal lymphadenopathies mimicking a strangulated hernia: a case report and review of imaging necessity. J Surg Case Rep. 2025;2025(6):rjaf371.*
- *Differential diagnoses of inguinal swellings: a case series of atypical diagnoses. J Surg Case Rep. 2024;2024:rjae131*


## 918/325. PARVOVIRUS B19: EL SIMULADOR REUMATOLÓGICO


### Autores:

*Arjona Cabello, G.[1], Hita Iglesias, C.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cuevas del Becerro. Cuevas del Becerro. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Consulta por un cuadro de fiebre (máximo 38ºC ), dolor lumbar y artralgias en ambas muñecas de 2 semanas de evolución. Presenta además lesiones violáceas maculares en palmas de las manos y dedos, no dolorosas ni pruriginosas.

### Exploración y pruebas complementarias

El paciente se encuentra afebril con lesiones violáceas palmares con reborde eritematoso y apofisalgia en vértebras L4 y L5. Se realizan pruebas complementarias: radiografías de muñecas y lumbosacra sin hallazgos, prueba de tuberculina negativa, analítica de sangre con aspartato transaminasa 63 U/L, alanina transaminasa 77 U/L, proteína C reactiva 60 mg/L y dímero D 2550 ng/mL. El factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares son negativos. Finalmente, la serología infecciosa confirma inmunoglobulina M positiva para Parvovirus B19.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Infección por Parvovirus B19.

### Diagnóstico diferencial

Se plantea el diagnóstico diferencial con otras infecciones virales que cursan con exantema, artralgias y

fiebre (rubéola o virus de Epstein-Barr), enfermedades reumatológicas autoinmunes (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico o espondilitis anquilosante) y diversos cuadros de vasculitis.

### Comentario final

El Parvovirus B19 es un virus del género Erythrovirus que infecta las células precursoras de los glóbulos rojos en la médula ósea. Es el agente causal del eritema infeccioso o "quinta enfermedad", patología muy frecuente en la infancia, aunque su presentación en la edad adulta suele diferir significativamente. En adultos, la infección por Parvovirus B19 representa un desafío diagnóstico debido a que la afectación articular suele ser el síntoma predominante, mientras que la erupción cutánea característica de la infancia es menos habitual, leve o incluso ausente. En pacientes inmunocompetentes suele ser una infección autolimitada y de evolución benigna, pero en gestantes o pacientes con anemias crónicas puede haber complicaciones. El diagnóstico de elección en inmunocompetentes es la serología y el manejo es sintomático.

### Bibliografía


- *Febles M, Lagarejos González E, Rúa-Figueroa I, del Val Groba M, et al. Human parvovirus B19 infection in immunocompetent adults: a diagnostic challenge due to its multiple clinical manifestations. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2026;44(2):503054.*


## 918/326. DOCTORA ME ENCUENTRO MUY CANSADA

### Autores:


*Millán López, A.[1], Fernández Morán, M.[2], Ramos Luna, P.[3]*


### Centro de Trabajo:


*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla*


### Descripción del caso

Paciente de 61 años con antecedentes personales de síndrome ansioso-depresivo en tratamiento y fibromialgia, que consulta en varias ocasiones por clínica de astenia intensa y debilidad generalizada. Se realiza analítica en la que se objetiva hipercalcemia y Paratohormona (PTH) elevada junto con hipovitaminosis D, se inicia tratamiento con Vitamina D y persiste hipercalcemia, por lo que se deriva a Endocrinología para continuar estudio de hipercalcemia.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración física sin hallazgos. En analítica inicial destaca hipercalcemia (calcio corregido 11,0 mg/dL), Paratohormona elevada (333,7 pg/mL), hipovitaminosis D (7,9 ng/mL) e hipofosfatemia. Resto de analitica sin alteraciones. Tras suplementación con vitamina D, la Paratohormona desciende (255,6 pg/mL), pero persiste la hipercalcemia (calcio corregido 11,6 mg/dL) e hipofosfatemia.

Gammagrafía paratiroidea (solicitada por Endocrinología) : retención del radiofármaco sobre extremo inferior del lóbulo izquierdo del tiroides, muy sugestiva de adenoma de paratiroides en glándula paratiroidea inferior izquierda.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

HIperparatiroidismo primario

### Diagnóstico diferencial

Hiperparatiroidismo primario: Causa más común en pacientes ambulatorios.

Hipercalcemia hipocalciúrica familiar: 80% tienen Paratohormona normal, calcio urinario bajo, relación calcio/creatinina <0.01

Hiperparatiroidismo terciario

Medicamentos: Litio

Neoplasias endocrinas múltiples (MEN)

### Comentario final

Muchos pacientes en Atención Primaria consultan por astenia que es un síntoma muy inespecífico y es fácil poder asociarlo a causas no orgánicas. Desde Atención Primaria tenemos la posibilidad de realizar un abordaje integral de nuestros pacientes tratando de descartar siempre en un primer momento patología orgánica.

### Bibliografía


- *Hypercalcemia: A Review. The Journal of the American Medical Association. 2022. Walker MD, Shane E.*
- *Parathyroid Disorders.American Family Physician. 2022. Sell J, Ramirez S, Partin M.*

## 918/327. OMEPRAZOL Y ALCOHOL: UNA COMBINACIÓN SILENCIOSA CON REPERCUSIÓN ELECTROLÍTICA


### Autores:

*Iglesias Manso, M.[1], Viola Caro, P.[2], Castellanos Paredes, P.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz*


### Descripción del caso

Varón de 58 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas. Enolismo crónico activo de 3 UBE al día. Antecedente de dispepsia, en tratamiento activo con Omeprazol 20 mg al día desde hace 4 años. Acude a consulta de Atención Primaria por cuadro de malestar general inespecífico de 2 semanas de evolución, astenia y debilidad muscular. Ha presentado 2 episodios de deposiciones diarreicas. Niega otra sintomatología. Exploración y constantes anodinas. Se consensúa realización programada de analítica y ECG. Avisan desde laboratorio por cifras compatibles con hipomagnesemia grave e hipocalcemia. Ante estos hallazgos, se inicia tratamiento con lactado de magnesio, potasio, calcio oral y se realiza un seguimiento seriado de los parámetros analíticos. Ante la persistencia de estos valores, se deriva al paciente a Medicina Interna, donde se completa estudio con ecografía de abdomen y se estable el diagnóstico de hipomagnesemia e hipocalcemia en probable relación a enolismo y tratamiento crónico con inhibidores de la bomba de protones (IBP).

### Exploración y pruebas complementarias

Adecuado estado general, bien hidratado y perfundido. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Constantes: TA 110/70 mmHg, FC 96 lpm, exploración neurológica anodina; auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos audibles y murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. ECG ritmo sinusal, QT discretamente prolongado. Analítica: Magnesio sérico 0.7 mg/dL, Calcio total de 7.1 mg/dL, PTH normal, Potasio 3.1 mEq/L y aumento generalizado de transaminasas (ya descrito previamente).

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Hipomagnesemia grave sintomática e hipocalcemia secundaria

### Diagnóstico diferencial

Hipoparatiroidismo primario

Síndrome malabsortivo

Miopatía alcohólica

Neoplasia

### Comentario final

La hipomagnesemia grave puede manifestarse con clínica inespecífica pero potencialmente grave. El enolismo y el uso prolongado de IBP pueden actuar sinérgicamente, por lo que es fundamental una valoración integral del paciente y revisión de medicación crónica. Asimismo, en estos casos, es muy frecuente encontrar hipocalcemia, la cual no se corregirá hasta que no se realice la restauración del magnesio.

### Bibliografía


- *Liao S, Gan L, Mei Z. Does the use of proton pump inhibitors increase the risk of hypomagnesemia: An updated systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2019;98 (13): e15011.*
- *Samuel J, Hennequin LF, Roman A, et al. Magnesium metabolism in chronic alcohol-use disorder: Meta-analysis and systematic review. Nutrients. 2021;13 (6): 1959.*


## 918/328. PARADOJA HEMOSTÁTICA EN PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE: EVENTO TROMBÓTICO FATAL EN MUJER JOVEN POSPARTO


### Autores:

*Jiménez Braojos, M.[1], Franco Torres, S.[2], Vico Ramirez, F.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mancha Real. Mancha Real. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mengíbar Dr. Manuel Polaina Bailón. Mengíbar. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mancha Real. Mancha Real. Jaén*


### Descripción del caso

Mujer de 27 años, en el séptimo mes posparto, sin antecedentes médicos relevantes, que consulta en su

centro de salud por epistaxis y gingivorragia. Es derivada a urgencias hospitalarias, donde se objetiva una trombocitopenia severa.

### Exploración y pruebas complementarias

Analítica con 2000 plaquetas/mm3 y resto de series dentro de la normalidad. Ingresa en Hematología, donde se diagnostica de púrpura trombocitopénica inmune (PTI) e inicia tratamiento con inmunoglobulina intravenosa y corticoterapia, con respuesta inicial favorable.

Presenta recaía precoz con nuevo ingreso y se inicia tratamiento con avatrombopag. Tras el alta, consulta por dolor y edema en miembro inferior izquierdo, objetivándose trombocitosis de 748.000 plaquetas/mm3 y dímero D de 26.230 ng/ml. El eco-doppler confirma trombosis venosa profunda extensa desde vena iliaca externa hasta vena poplítea.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Trombosis venosa profunda en paciente con púrpura trombocitopénica inmune en fase de recuperación plaquetaria bajo tratamiento con agonista del receptor de trombopoyetina, en el contexto de factores protrombóticos asociados, como el periodo posparto y el uso de anticonceptivos hormonales.

### Diagnóstico diferencial

Tromboflebitis superficial, celulitis y trombosis venosa asociada a trombofilias hereditarias o adquiridas.

### Comentario final

Se suspenden anticonceptivos hormonales y avatrombopag y se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Al día siguiente la paciente presenta parada cardiorrespiratoria en domicilio en asistolia. Se realiza reanimación cardiopulmonar avanzada sin recuperación, considerándose tromboembolismo pulmonar masivo como probable causa.

Este caso ilustra la paradoja hemostática de la PTI, en la que la recuperación plaquetaria rápida bajo agonista del receptor de trombopoyetina puede incrementar riesgo trombótico en determinado contexto, por lo que es esencial la valoración individualizada del riesgo trombótico y la monitorización estrecha.

### Bibliografía


- *Provan D, Arnold DM, Bussel JB, Chong Bh, Cooper N, Gernsheimer T, et al. Updated international consensus report on the investigation and management of primary inmune thrombocytopenia. Blood adv. 2019;3(22):3780-3817.*
- *Pascual izquierdo C, Canaro Hirnyk M, Sánchez González B, Mingot Castellano ME, coords. Recomendaciones del GEPTI para el diagnóstico y tratamiento de la trombocitopenia inmune. Madrid: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH); 2023.*


## 918/331. EXPLORAR IMPORTA: NO TODO LO BANAL ES LOCAL.


### Autores:

*Sarmiento Acosta, M.[1], Cano Conde, M.[2], Caballero Castillo, L.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 47 años, acude a consulta por dolor anal de semanas de evolución. No refiere supuración ni sangrado. No alteración del hábito intestinal. No relaciones sexuales de riesgo en los últimos dos años(previamente sexo anal con pareja estable). No fiebre ni dolor abdominal. Antecedentes de interés: fumador de 5 cigarrillos/dia, reflujo gastroesofagico en tratamiento con Omeprazol 20mg. Pautaron directamente nitroglicerina tópica. Fracaso terapéutico y persistencia del dolor por lo que ante exploración física (EF) compatible con úlcera se inicia tratamiento antibiótico con Amoxicilina-Clavulanico. Evolución tórpida asociando fiebre y empeoramiento cutáneo derivandose a Urgencias para valoración por Cirugía General indicando alta con nuevo ciclo de antibiótico. Analítica sanguínea (AS) anodina. Durante semanas realiza curas en centro de salud sin mejoría e intensa proctalgia, derivamos nuevamente a Urgencias ingresandose para exploración en quirófano, se solicitó colonoscopia y endoscopia con resultado:''lesión en esófago distal ulcerada impresiona de esofagitis candidiasica'',desde Digestivo sugirieron cribaje de infecciones de transmisión sexual (ITS) diagnosticándose finalmente de Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) con criterios de SIDA.

## Exploración y pruebas complementarias

1º EF: lesiones ulceradas minimas en zona perianal. Tacto rectal normal.

2º EF: grandes ulceras bilaterales con intenso dolor.

3º EF: esfacelos, trayectos fistulosos.

AS Urgencias: PCR 29 mg/dL, Cr. 1.19 mg/dL, FG >90mil/min.No leucocitosis ni neutrofilia.

AS ITS: Ac VIH screening positivo, Ac gp 160 VIH positivo, Ac gp 41 (+), gp 140 (+). Carga viral 401000.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Úlcera anal de evolución tórpida

## Diagnóstico diferencial

Hemorroides, Ulcera anal, Herpes simple, Sifilis, Enfermedad de Crohn

## Comentario final

Ponemos de manifiesto la relevancia de la exploración física en atención primaria como pilar fundamental e insustituible. No debemos dar por hecho diagnósticos ante síntomas frecuentes y menos aun modificar tratamientos sin una valoración clínica completa. Asimismo, este caso nos permite destacar la importancia del cribado oportunista en ITS, incluido VIH, en pacientes con síntomas anorrectales/genitales persistentes o atípicos. Una visión global del paciente, es la principal ventaja en nuestra especialidad, permitiendo mejorar el pronóstico y la calidad asistencial.

## Bibliografía


- *Perianal cytomegalovirus ulcer in an HIV-infected patient. Dermatology. 1996;192:81-3. Severe acquired immunodeficiency in male homosexuals, manifested by chronic perianal ulcerative herpes simplex lesions. N Engl Med. 1981;305:1439-44.*


# 918/332. "PARÁLISIS DE BELL: DIAGNÓSTICO PRECOZ Y SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO."


## Autores:

*Gómez Cano, E.[1], Rubio Rodríguez, S.[1], Cámara Sola, E.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga*


## Descripción del caso

Mujer de 27 años que consulta por cervicalgia y migraña de 24 horas de evolución acompañado de sensación de parestesia en hemicara derecha con empeoramiento progresivo.

Sin antecedentes de interés.

## Exploración y pruebas complementarias

En la primera valoración se objetiva asimetría facial derecha compatible con parálisis facial periférica. Se inicia tratamiento con deflazacort 30 mg y complejo vitamínico B. A los pocos días consulta de nuevo por otalgia derecha. En la exploración presenta dificultad clínica clara de parálisis facial (dificultad para cerrar el ojo, elevar ceja, arrugar la frente, hinchar carrillos y mostrar los dientes, con signo de Bell positivo). Tras dos meses de tratamiento sin mejoría, es derivada a Rehabilitación, Otorrinolaringología y Oftalmología.En la exploración física se objetiva asimetría facial derecha compatible con parálisis facial derecha.

Se realizaron, AS anodina y TC craneal normal y valoración por ORL y oftalmológica sin hallazgos patológicos.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

El diagnóstico final fue "parálisis facial periférica derecha (parálisis de Bell) grado III de House-Brackmann."

## Diagnóstico diferencial

Parálisis facial central, síndrome de Ramsay Hunt, otitis media complicada, enfermedad de Lyme, procesos tumorales o estructurales.

## Comentario final

La parálisis de Bell requiere diagnóstico clínico precoz y tratamiento temprano con corticoides. La Medicina de Familia desempeña un papel clave en la detección, exclusión de signos de alarma, coordinación multidisciplinar y acompañamiento longitudinal, fundamentales para optimizar resultados funcionales y apoyo integral al paciente.

## Bibliografía


- *Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, Schwartz SR, Drumheller CM, Burkholder R, et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;149(3 Suppl):S1-27.*

- *Fieux M, Franco-Vidal V, Devic P, Tringali S, Darrouzet V. Management of acute Bell's palsy. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2020;137(6):483-8.*
- *Zhang W, Xu L, Luo T, Wu F, Zhao B, Li X. The etiology of Bell's palsy: a review. J Neurol. 2020;267(7):1896-905.*
- *De Almeida JR, Al Khabori M, Guyatt GH, Witterick IJ, Lin VYW, Nedzelski JM, et al. Combined corticosteroid and antiviral treatment for Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2009;302(9):985-93.*


## 918/333. ERITEMA MULTIFORME TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (GARDASIL®): A PROPÓSITO DE UN CASO


### Autores:

*Fernandez de Cordova Montilla, C.[1], Lucena López, R.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga*


### Descripción del caso

El eritema multiforme es una dermatosis inflamatoria aguda, generalmente autolimitada, mediada por mecanismos inmunológicos, asociada con mayor frecuencia a infecciones, especialmente por virus herpes simple, y en menor medida a fármacos y vacunas. La vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH), como Gardasil®, presenta un perfil de seguridad ampliamente contrastado; no obstante, se han descrito raros efectos adversos cutáneos. Se presenta un caso de eritema multiforme tras la administración de dicha vacuna.

### Exploración y pruebas complementarias

El paciente presentó lesiones cutáneas de aparición aguda, consistentes en máculas y pápulas eritematosas con morfología en diana, localizadas predominantemente en extremidades, respetando mucosas. La exploración física general fue normal, sin fiebre ni afectación sistémica. Las pruebas analíticas no mostraron alteraciones relevantes. Se descartaron infecciones víricas activas, especialmente virus herpes simple y Mycoplasma pneumoniae. La biopsia cutánea, cuando se realizó, fue compatible con eritema multiforme.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

La morfología típica de las lesiones en diana, su aparición aguda y la ausencia de afectación mucosa o sistémica orientaron hacia eritema multiforme menor. La relación temporal con la administración de la vacuna frente al VPH (Gardasil®) y la exclusión de infecciones u otras causas frecuentes apoyaron la sospecha de eritema multiforme probablemente inducido por la vacunación, confirmada por hallazgos histopatológicos compatibles cuando se realizó biopsia.

### Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluyó urticaria, exantema medicamentoso, síndrome de Stevens-Johnson, vasculitis cutánea y lupus eritematoso cutáneo subagudo. La morfología típica de las lesiones, la ausencia de afectación mucosa y sistémica, así como la relación temporal con la vacunación, orientaron el diagnóstico hacia eritema multiforme inducido por la vacuna.

### Comentario final

Aunque el eritema multiforme secundario a la vacunación frente al VPH es excepcional, este caso pone de manifiesto la importancia de considerar las vacunas como posibles desencadenantes. El curso clínico suele ser benigno y autolimitado, sin que este tipo de reacción suponga contraindicación absoluta para futuras dosis, debiendo valorarse cada caso individualmente.

### Bibliografía


- *Huff JC, Weston WL, Tonnesen MG. Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. J Am Acad Dermatol. 1983;8(6):763–75.*
- *2. Katoulis AC, Liakou AI, Bozi E, Theodorakis MJ, Alevizou A, Stavrianeas NG. Erythema multiforme following vaccination for human papillomavirus. Dermatology. 2010;220(1):60–2.*


## 918/338. CUANDO EL EMBARAZO REVELA UNA DIABETES GESTACIONAL


### Autores:

*Hérnandez Ocaña, M.[1], López Domínguez, A.[1], Aguilera Vargas, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Espe-*

*cialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada*

## Descripción del caso

Mujer de 32 años, gestante de 26 semanas (G2P1), que acude a su consulta de control prenatal en Atención Primaria. No refiere síntomas relevantes. El embarazo actual ha cursado sin incidencias hasta el momento.

Entre sus antecedentes personales destaca sobrepeso previo al embarazo (IMC 29 kg/m$^2$). Como antecedente familiar relevante, su madre padece Diabetes Mellitus tipo 2. Su primer embarazo transcurrió sin complicaciones y con parto eutócico.

Durante el control rutinario del segundo trimestre se realiza el cribado para Diabetes gestacional, dado que se encuentra en la semana 24–28 de gestación, periodo recomendado para su detección.

## Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial: 118/74 mmHg

Peso: 78 kg

Talla: 1,64 m

IMC: 29 kg/m$^2$

Altura uterina acorde a edad gestacional

Ausencia de edemas

Auscultación fetal normal

Test de O'Sullivan (50 g de glucosa):

Glucemia a los 60 minutos: 162 mg/dL (positivo >140 mg/dL).

Ante este resultado se solicita sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 75 g.

Resultados:

Basal: 96 mg/dL

1 hora: 189 mg/dL

2 horas: 158 mg/dL

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Estos valores cumplen criterios diagnósticos de diabetes gestacional.

La paciente se encuentra hemodinámicamente estable y sin signos de complicaciones obstétricas asociadas.

## Diagnóstico diferencial

Diabetes Mellitus tipo 2 previamente no diagnosticada.

Intolerancia a la glucosa previa al embarazo.

Diabetes Mellitus tipo 1 de inicio durante la gestación (menos frecuente).

Hiperglucemia transitoria asociada a cambios metabólicos del embarazo.

La ausencia de hiperglucemia previa conocida y el diagnóstico durante el segundo trimestre apoyan el diagnóstico de diabetes gestacional.

## Comentario final

La Diabetes gestacional es una de las complicaciones metabólicas más frecuentes del embarazo. Su detección precoz en Atención Primaria mediante cribado sistemático permite iniciar medidas higiénico-dietéticas y control glucémico adecuados.

Un manejo correcto reduce el riesgo de complicaciones maternas y fetales como Macrosomía fetal, Preeclampsia o Hipoglucemia neonatal. Además, estas pacientes presentan mayor riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en el futuro, por lo que el seguimiento posparto es fundamental.

Este caso resalta el papel clave de la Atención Primaria en el cribado, diagnóstico y seguimiento de la diabetes durante el embarazo.

## Bibliografía


- *American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes.*
- *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de práctica clínica sobre diabetes y embarazo.*
- *Ministerio de Sanidad de España. Guía de práctica clínica sobre diabetes mellitus tipo 2.*


# 918/339. "CUANDO LA PRIMAVERA ESTORNUDA: DEBUT DE ALERGIA ESTACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA"

## Autores:

*Hérnandez Ocaña, M.[1], López Domínguez, A.[1], Ruiz Vílchez, E.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada*

## Descripción del caso

Paciente de 28 años que consulta en Atención Primaria por cuadro de tres semanas de evolución consis-

tente en estornudos repetidos, prurito nasal, rinorrea acuosa y congestión nasal, asociado ocasionalmente a lagrimeo y prurito ocular. Refiere empeoramiento de los síntomas al aire libre, especialmente en parques y zonas con vegetación, y mejoría parcial en interiores.

No presenta fiebre, dolor facial, secreción nasal purulenta ni síntomas sistémicos. Niega antecedentes personales de alergia respiratoria previa, asma o dermatitis atópica. Tampoco refiere cambios recientes en domicilio, mascotas o exposición laboral relevante.

Comenta que los síntomas comenzaron a finales de marzo. Había probado lavado nasal con suero fisiológico con alivio leve.

## Exploración y pruebas complementarias

Mucosa nasal pálida y edematosa.

Rinorrea acuosa bilateral.

Orofaringe sin hallazgos patológicos.

Conjuntivas ligeramente hiperémicas con lagrimeo.

Auscultación pulmonar normal, sin sibilancias.

Analítica básica con IgE total, dentro de rango alto de normalidad.

Derivación para pruebas cutáneas tipo prick test, que posteriormente resultan positivas para pólenes de gramíneas y olivo.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Paciente con clínica compatible con rinitis alérgica estacional de reciente inicio, desencadenada por exposición a pólenes ambientales, con manifestaciones nasales y oculares típicas y confirmación posterior mediante pruebas de sensibilización.

## Diagnóstico diferencial

Rinitis infecciosa viral (resfriado común)

Suele acompañarse de malestar general, odinofagia y duración limitada (7–10 días), con secreción nasal inicialmente acuosa que puede volverse mucopurulenta.

Rinitis no alérgica vasomotora

Asociada a cambios de temperatura, olores intensos o irritantes ambientales, sin relación clara con alérgenos estacionales.

Rinosinusitis aguda

Habitualmente presenta dolor facial, fiebre o secreción nasal purulenta.

Rinitis medicamentosa

Relacionada con uso prolongado de descongestionantes nasales tópicos.

## Comentario final

La rinitis alérgica es una patología frecuente en AP y puede debutar en la edad adulta. El diagnóstico suele ser clínico, basado en la presencia de síntomas nasales característicos relacionados con exposición a alérgenos y la exploración compatible.

El manejo inicial incluye evitación del alérgeno cuando sea posible, lavados nasales con suero y tratamiento farmacológico con antihistamínicos orales o intranasales y corticoides intranasales en casos moderados o persistentes.

La confirmación mediante pruebas de alergia permite identificar el alérgeno causal y valorar estrategias terapéuticas adicionales, incluyendo inmunoterapia específica en pacientes seleccionados.

## Bibliografía


- *Seidman MD, et al. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis. Otolaryngology–Head and Neck Surgery. 2015.*
- *Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC). Guía de rinitis alérgica.*


# 918/340. DETECCIÓN PRECOZ DE UN TCA EN ATENCIÓN PRIMARIA


## Autores:

*Hérnandez Ocaña, M.[1], López Domínguez, A.[1], Cabrera Aguilera, M.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada*


## Descripción del caso

Paciente mujer de 17 años que acude a consulta de Atención Primaria acompañada de su madre por pérdida de peso progresiva en los últimos 6 meses, estimada en 9 kg. La madre refiere cambios en los hábitos alimentarios, con restricción voluntaria de alimentos considerados “calóricos”.

La paciente inicialmente minimiza los síntomas y afirma que intenta “comer más sano”. Durante la entre-

vista reconoce preocupación excesiva por su peso y figura corporal y sensación de culpa tras ingerir ciertos alimentos. Refiere además aumento del ejercicio físico diario y omisión ocasional de comidas.

Niega inicialmente conductas purgativas, aunque posteriormente admite episodios ocasionales de vómitos autoinducidos tras comidas abundantes. No presenta antecedentes médicos relevantes. Menarquia a los 13 años, con amenorrea secundaria desde hace 3 meses.

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración física:

Peso: 47 kg

Talla: 1,65 m

IMC: 17,3 kg/m$^2$

TA: 95/60 mmHg

FC: 52 lpm

Se objetiva piel seca, presencia de lanugo y leve hipotrofia muscular. El resto de la exploración es normal.

Cribado:

Cuestionario SCOFF positivo (=2 respuestas afirmativas).

Pruebas complementarias:

Analítica sanguínea sin alteraciones relevantes, salvo hipercolesterolemia leve. Ionograma y función tiroidea normales.

Electrocardiograma con bradicardia sinusal.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Adolescente con pérdida ponderal significativa, restricción alimentaria voluntaria, distorsión de la imagen corporal y amenorrea secundaria, junto con signos físicos compatibles con desnutrición y cribado positivo para trastorno de la conducta alimentaria.

## Diagnóstico diferencial

Debe considerarse:

Anorexia nerviosa

Bulimia nerviosa

Trastorno por evitación/restricción de la ingesta

Depresión mayor

Hipertiroidismo

Enfermedad inflamatoria intestinal

Enfermedad celíaca

## Comentario final

Los trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes en adolescentes y su detección precoz es clave para mejorar el pronóstico. Atención Primaria constituye un punto fundamental para su identificación inicial.

Signos como pérdida de peso no explicada, preocupación excesiva por la imagen corporal o alteraciones menstruales deben alertar al clínico. El uso de herramientas de cribado, junto con una anamnesis dirigida, facilita la detección temprana y la derivación a equipos multidisciplinares.

## Bibliografía


- *American Psychiatric Association. DSM-5-TR. 2022.*
- *Treasure J et al. Lancet. 2020.*
- *NICE Guideline NG69. Eating disorders. 2020.*
- *Morgan JF et al. BMJ. 1999*


# 918/341. PRURITO GENERALIZADO EN MUJER GESTANTE


## Autores:

*López Domínguez, A.[1], Hérnandez Ocaña, M.[1], de la Higuera Espigares, H.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada*


## Descripción del caso

Mujer de 32 años, gestante de 34 semanas, que consulta por prurito intenso generalizado de 2 semanas de evolución, predominantemente nocturno en palmas y plantas. Niega lesiones cutáneas. Refiere que en su primer embarazo tuvo picores leves en tercer trimestre que se resolvieron trás el parto.

## Exploración y pruebas complementarias

Exploración: excoriaciones lineales por rascado en extremidades, abdomen y espalda. Ausencia de lesiones primarias, vesículas, pápulas o placas urticariales. No ictericia visible. Analítica con hemograma normal, función renal normal. Bioquímica hepática: AST 145U/L, ALT 178 U/L, GGT 95 U/L, bilirrubina total 1.8 mg/dL. Ácidos biliares séricos 42mmol/L. Serologías hepatitis negativas.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

El prurito intenso sin lesiones primarias en tercer trimestre, junto con antecedente de síntomas en emba-

razos previos y elevación de transaminasas y ácidos biliares orienta hacia colestasis intrahepática del embarazo.

## Diagnóstico diferencial

Dermatosis específicas del embarazo (erupción polimorfa del embarazo, penfigoide gestacional), dermatitis atópica, escabiosis, reacciones medicamentosas, hepatopatías agudas, litiasis biliar. La ausencia de lesiones primarias y la elevación de ácidos biliares son claves diagnósticas.

## Comentario final

La colestasis intrahepática del embarazo es una condición que puede diagnosticarse y monitorizarse desde atención primaria mediante analítica básica. El prurito sin lesiones cutáneas primarias en gestante debe alertar sobre esta posibilidad. La determinación de ácidos biliares séricos es fundamental para el diagnóstico. Requiere coordinación con obstetricia por riesgo de complicaciones fetales, pero el seguimiento analítico puede realizarse desde AP. El tratamiento con ácido ursodesoxicólico mejora el prurito y los parámetros bioquímicos, y los síntomas se resuelven completamente tras el parto.

## Bibliografía


- *The Medical CLinics of Noth America. 2024. Tan N, Vary JC, O`Connor KM; JAMA Dermatology 2025. Lehman JS, Fernandez AP, Leiferman KM, et al.; Journal of the American Academy of Dermatology 2026. Overholt C, Bissenas A, Pastore L, et al.*


# 918/342. EMERGENCIA HIPERTENSIVA CON AFECTACIÓN NEUROLÓGICA ATENDIDA EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA


## Autores:

*Santana Almonte, D.[1], Peña Segura, A.[2], Perez Juarez, C.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva*


## Descripción del caso

Varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial mal controlada y dislipidemia, que acude al servicio de urgencias de Atención Primaria por cefalea intensa de inicio brusco, mareo, visión borrosa y dificultad para articular palabras desde hace aproximadamente una hora. Refiere además inestabilidad al caminar. Niega traumatismo previo ni pérdida de consciencia. No había tomado su tratamiento antihipertensivo habitual ese día.

## Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta tensión arterial de 218/124 mmHg, frecuencia cardiaca de 86 lpm, saturación de O2 97% y temperatura de 36,5 °C. Neurológicamente se objetiva leve disartria, inestabilidad en la marcha y discreta paresia en extremidad superior izquierda (4/5). Pupilas isocóricas y reactivas. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos relevantes.

Se realiza electrocardiograma sin signos de isquemia aguda. Glucemia capilar 118 mg/dl. Ante la sospecha de emergencia hipertensiva con posible afectación neurológica se inicia monitorización, acceso venoso y tratamiento antihipertensivo de acción rápida. Se activa derivación urgente hospitalaria para realización de TAC craneal y valoración por neurología.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Emergencia hipertensiva con probable afectación neurológica aguda (sospecha de evento cerebrovascular asociado a crisis hipertensiva).

## Diagnóstico diferencial

Accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico.

Encefalopatía hipertensiva.

Crisis hipertensiva sin daño agudo de órgano diana.

Migraña con aura neurológica.

Hipoglucemia o trastorno metabólico.

## Comentario final

Las emergencias hipertensivas se caracterizan por elevación severa de la presión arterial acompañada de daño agudo de órgano diana. En el ámbito de Atención Primaria es fundamental su reconocimiento precoz mediante una adecuada valoración clínica y neurológica. La presencia de síntomas neurológicos focales obliga a considerar patología cerebrovascular y a realizar derivación hospitalaria urgente para confirmación diagnóstica mediante neuroimagen y manejo especializado. El tratamiento inicial debe centrarse en la estabilización del paciente y en la reducción controlada de la presión arterial.

## Bibliografía

- *Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guías de manejo de la hipertensión arterial.*
- *Williams B. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension.*
- *Ministerio de Sanidad. Manejo de crisis hipertensivas en urgencias.*


# 918/346. EL PRECIO DE NO ANTICOAGULAR: ABSCESOS ESPLÉNICOS MÚLTIPLES EN FIBRILACIÓN AURICULAR.


## Autores:

*Villanueva Ortega, A.[1], Aguado Toscano, M.[2], Villegas Gonzalez, C.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palos de la Frontera. Palos de la Frontera. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palos de la Frontera. Palos de la Frontera. Huelva, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva*


## Descripción del caso

Varón, 77 años, presenta fiebre de 39 grados de una semana de evolución y molestias a nivel abdominal, predominantemente en flanco izquierdo. Ha consultado su médico de familia quien pauta Fosfomicina por infección urinaria, sin mejoría.

## Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente y orientado, bien hidratado y perfundido. Ligera ictericia mucocutánea. Eupneico. Constantes vitales en rango de normalidad.

Cardio-respiratorio: Arrítmico. No soplos. Murmullo presente sin agregados. No estigmas de endocarditis.

Abdomen: globuloso. Doloroso a la palpación generalizada. Blando y depresible. Ruidos presentes.

Extremidades: Edemas pretibiales.

Sin datos de focalidad neurológica.

*Tomografia: múltiples colecciones organizadas e intercomunicadas confinadas al parénquima esplénico, la mayor de aproximadamente 99 × 54 mm en el polo superior. Afectación topográfico-selectiva con afectación predominante de la región anterior, lo que podría sugerir abscesos sobre áreas de infarto esplénico previo/embolismos sépticos.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Abscesos esplénicos múltiples por sobreinfección embolica en paciente con fibrilación auricular sin anticoagulación.

## Diagnóstico diferencial

1. Enfermedad inflamatoria intestinal con embolización esplénica.

2. Tromboembolismo esplénico por Fibrilación Auricular (FA) más sobreinfección secundaria.

3. Bacteriemia primaria no documentada con siembra esplénica.

4. Zoonosis sistémica con afectación esplénica primaria. (Bartonella henselae. Brucelosis).

5. CAUSAS NO INFECCIOSAS: Infarto esplénico aislado. Neoplasia con necrosis esplénica.

## Comentario final

Los abscesos esplénicos son raros, pero cuando aparecen deben hacer sospechar origen embólico hasta demostrar lo contrario. En un paciente con FA no anticoagulada, cualquier evento isquémico visceral debe considerarse potencialmente embólico. Se muestra una complicación poco habitual pero prevenible. Resalta la importancia al tomar decisiones en atención primaria (AP) y la continuidad asistencial, por lo que se deben establecer mejoras en el manejo de FA. Se abren líneas de investigación como:

- ¿Cuántos pacientes con FA en AP están sin anticoagulación pese a indicación?
- Causas reales de no anticoagulación.


## Bibliografía

- *Li Y. et al. (2022). Case Report: Acute Renal and Splenic Infarctions Secondary to Atrial Fibrillation. Frontiers in Cardiovascular Medicine. Describe infartos esplénicos y renales por embolia en FA paroxística, con confirmación por TC y tratamiento anticoagulante.*
- *Yu P. et al. (2024). Splenic infarction secondary to asymptomatic atrial fibrillation. International Journal of Surgery Case Reports. Reporte de caso de infarto esplénico causado por FA no diagnosticada previamente.*
- *Núñez-Ordoñez N. et al. (2024). Management of embolic splenic abscess secondary to aortic valve endocarditis. Journal of Cardiothoracic Surgery.*

## 918/348. RECONOCIENDO ESCLEROSIS TUBEROSA EN ATENCIÓN PRIMARIA: IMPORTANCIA DE SIGNOS CUTÁNEOS Y ANAMNESIS FAMILIAR


### Autores:

*Bolívar Escobar, S.*[1]

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibraleón. Gibraleón. Huelva*


### Descripción del caso

Niña de 7 años acude, acompañada por su madre, a urgencias de un centro de salud de nivel I-3 en Perú, durante mi rotación externa como residente de Medicina Familiar.

La madre refiere episodio breve de desconexión del entorno y mirada fija de 1–2 minutos, sin periodo poscrítico. Refiere madre episodios previos desde hace años de menor duración al actual, sin haberlo consultado previamente. La paciente no presenta antecedentes patológicos relevantes y tiene calendario vacunal completo.

### Exploración y pruebas complementarias

Constantes vitales normales, auscultación cardiopulmonar y abdomen sin alteraciones, exploración neurológica sin focalidad.

Dermatológicamente destacan múltiples angiofibromas faciales (>3) y hamartomas gingivales. Sin otros hallazgos relevante en la anamnesis por aparatos.

Además observamos que la madre presenta también angiofibromas faciales. Se decide por tanto valorar a los hermanos de la paciente. Hermana de 11 años con angiofibromas y máculas hipomelanóticas en cara y tronco; y hermano de 15 años con angiofibromas faciales y discapacidad intelectual.

Se realiza a todos analítica básica siendo normal. No se realiza por el momento prueba de imagen ni tratamiento antiepiléptico debido a limitaciones del sistema de salud.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Patrón familiar y hallazgos cutáneos sugerentes de esclerosis tuberosa, enfermedad genética multisistémica de herencia autosómica dominante. La paciente cumple un criterio mayor (angiofibromas en cara) y un criterio menor (hamartomas gingivales). Se derivó a neurología del hospital de referencia para estudio especializado y seguimiento.

### Diagnóstico diferencial

Neurofibromatosis tipo 1, epilepsia de ausencia infantil.

### Comentario final

Este caso resalta la relevancia de la exploración física y anamnesis familiar en atención primaria para orientar el diagnóstico de enfermedades genéticas poco frecuentes.

La identificación precoz de signos cutáneos permite la sospecha diagnóstica y derivar adecuadamente, incluso en entornos con recursos limitados, como en este caso.

El estudio genético no es estrictamente necesario para el diagnóstico definitivo que se basa en criterios clínicos (hallazgos físicos y de imagen). Sin embargo, la identificación de una mutación en los genes TSC1 o TSC2 confirma el diagnóstico.

### Bibliografía


- *Northrup H, Krueger DA. Tuberous sclerosis complex. J Med Genet. 2013.*
- *Curatolo P, Moavero R, de Vries PJ. Neurological and neuropsychiatric aspects of tuberous sclerosis complex. Lancet Neurol. 2015.*


## 918/349. "SILENCIANDO LA TOS REBELDE: ABORDAJE SECUENCIAL DE UNA TOS CRÓNICA REFRACTARIA"


### Autores:

*Abascal Morente, L.*[1]*, Abascal Morente, L.*[1]

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga*


### Descripción del caso

En una consulta de atención primaria:

Mujer de 58 años (7 años en el cupo), no fumadora. Trabaja como maestra en Una escuela infantil en Málaga. Antecedentes personales: Hipertensión arterial en tratamiento con Losartán, Dislipemia.

Consulta por tos seca irritativa de 10 meses de evolución, con empeoramiento al hablar, reír o con cambios de temperatura. Niega: Fiebre, Hemoptisis, Disnea, Pérdida de peso, no auto escucha de sibilantes... Refie-

re importante afectación de la calidad de vida y alteración del sueño.

## Exploración y pruebas complementarias

- Exploración física: Constantes normales. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. ORL: faringe normal, no se evidencia cuerpo extraño. Úvula y pilares normales.
- Pruebas complementarias: Analítica general normal, Radiografía de tórax sin alteraciones, Espirometría normal

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Tos crónica refractaria

## Diagnóstico diferencial

- Tos iatrogénica (fármacos, intervenciones previas,...)
- Tos reactiva a irritantes (ocupacional)
- Cuerpo extraño o aspiración recurrente
- Reflujo gastroesofágico
- Rinitis alérgica . Síndrome goteo post nasal
- Asma variante tusígena
- Síndrome de hipersensibilidad de la tos.
- Tos psicógena.
- Infección (tipo bronquitis, tuberculosis, catarro vía aérea superior,...)
- Traqueomalacia
- Tumor ORL o pulmonar

## Comentario final

El enfoque de la tos crónica debe dirigirse inicialmente a las causas más frecuentes. En este caso, se propone tratamiento secuencial empírico con omeprazol, antihistamínicos + descongestionantes (Corticoide nasal), corticoide inhalado + broncodilatadores... sin mejoría.

En los casos sin respuesta al tratamiento empírico y con pruebas complementarias normales, debe considerarse la tos crónica refractaria o síndrome de hipersensibilidad de la tos. En este contexto, los neuromoduladores como Pregabalina pueden constituir una opción terapéutica eficaz. Este enfoque escalonado permite optimizar el manejo desde Atención Primaria y evitar exploraciones innecesarias.

## Bibliografía


- *Morice AH, Millqvist E, Bieksiene K, Birring SS, Dicpinigaitis P, Domingo Ribas C, et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. Eur Respir J. 2020;55(1):1901136.*
- *Guilleminault L, Demoulin-Alexikova S, de Gabory L, Bruley Des Varannes S, Brouquières D, Balaguer M, et al. Guidelines for the management of chronic cough in adults. Respir Med Res. 2023;83:101011.*
- *Xie S, Xie M, Shen Y, Cheng D. Gabapentin for chronic refractory cough: a systematic review and meta-analysis. Heliyon. 2023;9(5):e15579.*


# 918/350. UN CORDON BAJO LA PIEL: EL MISTERIO DE LA ENFERMEDAD DE MONDOR.


## Autores:

*Parra Manrique, C.[1], Muñiz McAleer, C.[1]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Vizcaya*


## Descripción del caso

Paciente mujer de 62 años, que acude a la consulta por aparición de cordón en región infra mamaria izquierda de mas o menos 5 días de evolución. asociado a sensacion de tension en region mamaria, dolor en zona, no calor ni rubor, no fiebre, niega clinica infecciosa asociada, no dolores articulares, no perdida de peso, niega fiebre, tos, niega galatorrea, niega otra sintomatologia asociada.

## Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACION FISICA

FC: 72 TA: 110/70 STO%98

Consciente, Adecuado aspecto general

No adenopatias submadibulares, ni cervicales, ni occipitales.

AC: Ritmico sin soplos

AP: Murmullo vesicular conservado sin sobreagregados

Mamas simétricas, mama derecha con cordón superficial en cuadrante inferior externo de dicha mama, con retracción de piel de la zona. Aumento de densidad mamaria a dicho nivel, no claros nódulos. Mama izquierda normal. Axilas sin hallazgos de adenopatías. No salida de secreción por pezón, ni retracción areolar.

ABD: No esplenomegalia, no hepatoesplenomegalia, No adenopatias inguinales

No lesiones en piel.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Mamografia prioritaria: BIRADS 1: RESULTADO NEGATIVO
- Ecografia mamaria: Sin hallazgos patologicos
- Mamografia prioritaria al año: Negativo.
- Analitica: Sin coagulopatia.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Paciente quien por clínica y hallazgos en ecografía y evolución favorable casi desaparecido a los 3 meses alta sospecha ENFERMEDAD DE MONDOR

## Diagnóstico diferencial

Carcinoma de mama, Linfangitis, otras tromboflebitis de causas explicadas, Celulitis, Eritema nodoso, Sarcoma de tejidos blandos.

## Comentario final

La enfermedad de mondor, es una tromboflebitis superficial de venas subcutáneas, generalmente en la pared torácica anterolateral mamaria, con aparición de cordón venoso palpable y lineal bajo la piel. es poco frecuente y es importante reconocerla para diferenciarla de enfermedades mas graves; su causa es idiopática aunque hay factores traumáticos / Mecánicos (Ejercicio intenso, Cirugía mamaria, bipsia9, Factores inflamatorios o infecciosos; factores hematológicos como las trombofilias, o hipercoagulabilidad, Enf. autoinmunes o carcinoma mamario.

En general tiene una adecuada evolución de 4 a 10 semanas de resolución espontanea; PC estudio mamario completo con mamografía y ecografía mamaria, Ecografía en region y/o Doppler para determina vena superficial no compresible; el tratamiento es sintomático.

## Bibliografía


- *Kolakowska N, . Enfermedad de Mondor: la gran desconocida. Medicina General y de Familia. 2022.049. / Aguilar-García JJ, Enfermedad de Mondor. Una forma inusual de trombosis venosa superficial. Revista Clínica Española. 2011*


# 918/358. AFONÍA DE INSTAURACIÓN BRUSCA EN MUJER DE MEDIANA EDAD: DIAGNÓSTICO DE DISFONÍA PSICÓGENA


## Autores:

*Garrido Aguayo, L.[1], Martínez Gázquez, N.[1], Ortega Pérez, S.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mengíbar Dr. Manuel Polaina Bailón. Mengíbar. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Campo. Torre del Campo. Jaén*


## Descripción del caso

Mujer de 47 años. No fumadora, sin hábitos tóxicos. Antecedentes de migraña sin aura, reflujo gastroesofágico en tratamiento con omeprazol, hernia discal L4-L5-S1, talasemia y múltiples alergias medicamentosas (levogastrol, gabapentina, tramadol, codeína, ergóticos, yurelax). Antecedente familiar materno de cáncer de colon. Trabaja como limpiadora. Acudió a consulta de Atención Primaria (AP) por afonía franca de instauración brusca matutina, refiriendo que "se levantó por la mañana, fue a llamar a su hija y se quedó sin voz", manteniéndose así hasta la consulta. Antecedente de episodio similar hace años con duración de 2 años.

## Exploración y pruebas complementarias

La exploración física general fue normal: no se objetivaron adenopatías cervicales, tiroides de tamaño y consistencia normales, auscultación cardiopulmonar normal. No se realizaron pruebas complementarias iniciales en AP al tratarse de síntoma agudo sin signos de alarma. Posteriormente, se realizó analítica con hemograma, bioquímica y perfil tiroideo normales.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Ante afonía de instauración brusca sin síntomas acompañantes se orientó inicialmente como posible laringitis aguda versus disfonía funcional. Se propusieron tratamientos sintomáticos con antiinflamatorios, corticoides, retinol sin experimentar mejoría, por lo que se derivó a Otorrinolaringología (ORL) para descartar patología orgánica.

## Diagnóstico diferencial

Laringitis aguda, parálisis de cuerdas vocales, nódulos o pólipos laríngeos, reflujo laringofaríngeo, patología

neurológica (lesión del nervio vago), disfonía funcional o psicógena.

### Comentario final

Tras evaluación por ORL, que catalogó el cuadro como disfonía funcional ante normalidad de pruebas complementarias (laringoscopia normal) y no mejoría tras tratamiento con logopedia; y derivación a Neurología que descartó patología neurológica, en sucesivas consultas de AP la paciente reveló problemas de bajo estado de ánimo y ansiedad relacionados con conflictos familiares, instaurándose tratamiento con sertralina y derivación a Salud Mental, confirmándose finalmente el diagnóstico de disfonía psicógena. Este caso resalta la importancia del abordaje integral en AP, la coordinación con otros especialistas para descartar patología orgánica y el reconocimiento de que factores psicosociales pueden manifestarse como síntomas físicos que requieren tratamiento multidisciplinar.

### Bibliografía


- *García-López I, Núñez-Batalla F, Gavilán-Bouzas J, Górriz-Gil C, Ramírez-Calvo C, López-Llames A. Disfonía funcional: diagnóstico diferencial y abordaje terapéutico en atención primaria. Semergen. 2019;45(4):267-74.*


## 918/364. PÉRDIDA DE PESO MASIVA EN MUJER DE 32 AÑOS: IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Garrido Aguayo, L.[1], Ortega Pérez, S.[2], Martínez Gázquez, N.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mengíbar Dr. Manuel Polaina Bailón. Mengíbar. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Campo. Torre del Campo. Jaén*


### Descripción del caso

Mujer de 32 años que acude a consulta de atención primaria por pérdida de peso masiva de 18 kg en 4 meses sin otra sintomatología asociada, con índice de masa corporal 21. Antecedentes personales: preeclampsia que indujo parto, infección por Helicobacter pylori tratada y erradicada con Pylera en octubre y confirmada en enero de 2026. No toma medicación habitual. Antecedentes familiares de lupus eritematoso sistémico (madre), enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipertensión arterial (padre).

### Exploración y pruebas complementarias

Hemograma mostró leucocitosis (16.000 leucocitos/µl), resto de parámetros hematológicos normales. Función renal, hepática y coagulación normales. Bioquímica general sin alteraciones, incluida función tiroidea y marcadores tumorales negativos. Orina normal, lactato deshidrogenasa (LDH) y perfil lipídico normales. Proteína total y proteinograma sin alteraciones. Sangre oculta en heces (SOH) negativa. Se derivó a medicina interna para ampliar estudio. Ecografía abdominal clínica y urgente evidenciaron hígado, páncreas, bazo y riñones normales, vesícula biliar con microlitiasis y barro biliar, vías biliares sin dilatación y sin ascitis.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Pérdida de peso masiva con sintomatología digestiva y hallazgo ecográfico de microlitiasis biliar, sin evidencia de enfermedad sistémica o tumoral.

### Diagnóstico diferencial

Causas orgánicas de pérdida de peso (neoplasias, enfermedades infecciosas, endocrinopatías), trastornos digestivos funcionales, trastornos psiquiátricos con alteración de la ingesta.

### Comentario final

Tras ser derivada a Medicina Interna, acudió en otra ocasión a consulta por referir molestias digestivas con la comida. Se realizó ecografía clínica evidenciando microlitiasis biliar y se derivó a Urgencias donde se confirmó con ecografía reglada. Fue dada de alta, y en nueva revisión en consulta se le indicaron pautas dietéticas de protección biliar y se le preguntó directamente si la pérdida de peso había sido voluntaria. La paciente confesó que desde el inicio del cuadro apenas comía por las molestias que le provocaba cualquier comida, siendo éste el probable origen de la pérdida de peso. Este caso resalta la importancia de una anamnesis exhaustiva en AP para orientar el diagnóstico y evitar pruebas innecesarias, enfatizando el papel del médico de familia en el seguimiento y manejo integral del paciente.

### Bibliografía


- *López-Pérez FJ, Martínez-Ruiz A, García-Muñoz F, et al. valoración clínica de la pérdida de peso en atención primaria. Med Fam. 2022;48(3):123-9.*

## 918/366. MANEJO INTEGRAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: DOLOR PROGRESIVO DE HOMBROS EN PACIENTE ANCIANO


### Autores:

*García Rosado, C.[1], González Heredia, S.[2], Arjona Cabello, G.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Sur Santa Bárbara. Ronda. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 78 años, con dolor progresivo de ambos hombros y limitación funcional para sus actividades de 8 semanas de evolución, sin fiebre ni síntomas sistémicos acompañantes. Recibe múltiples valoraciones previas, incluyendo realización de ecografías bilaterales de hombros e infiltraciones con corticoides y anestésicos, sin clara mejoría. Una vez derivado a Atención Primaria, se realiza una evaluación integral incluyendo historia clínica, revisión de medicación, análisis sérico basico y de perfilde autoinmunidad.

### Exploración y pruebas complementarias

Presenta una movilidad activa y pasiva en los últimos grados, limitada por el dolor, con fuerza preservada. La ecografía musculoesquelética realizada en la consulta de Atención Primaria confirma la inflamación periarticular. En el análisis sérico destaca la elevación de la proteína C reactiva en valores de 65 mg/l y velocidad de sedimentación globular en 75 mm/l. No se identifican signos de artritis inflamatoria.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Polimialgia reumática de inicio reciente, apoyada en los hallazgos analíticos y ecográficos.

### Diagnóstico diferencial

Artritis degenerativa bilateral, tendinopatías crónicas, bursitis no inflamatorias.

### Comentario final

Este caso clínico enfatiza la importancia de la valoración clínica integrada desde Atención Primaria, fomentando la capacidad del Médico/a de Familia para establecer un plan de manejo seguro y efectivo, resaltando la utilidad de la ecografía en la consulta y el enfoque proactivo en pacientes mayores pluripatológicos.

### Bibliografía


- *Ventura Valcárcel P. Romay Lema EM. Iñiguez Vázquez I. Piñeiro Fernández JC. Rural Bran D. López Reboiro ML. Polimialgia reumática [Internet]. Fisterra:Elsevier; 2021 [citado el 5 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www-fisterra-com.bvsspa.idm.oclc.org/guias-clinicas/polimialgia-reumatica/*


## 918/367. UNA DISPEPSIA, TRES ANTIBIÓTICOS Y UN BROTE PSICÓTICO


### Autores:

*Cintrano Lopez, E.[1], García García, I.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga*


### Descripción del caso

Mujer de 40 años que consulta en su centro de salud por dispepsia de varios meses. Como antecedente personal presenta hipotiroidismo postyodo en tratamiento sustitutivo, sin otros antecedentes médicos o psiquiátricos. Niega consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias. Trabaja en hostelería, convive con su marido y sus dos hijos, con adecuado soporte familiar.

Ante la clínica digestiva se solicita determinación de antígeno de Helicobacter pylori en heces, resultando positivo. Se inicia tratamiento erradicador con inhibidor de la bomba de protones asociado a antibioterapia (metronidazol, claritromicina y amoxicilina). Tras una semana de tratamiento inicia cambios conductuales progresivos, con insomnio marcado, ideación delirante y discurso desorganizado, motivo por el cual es derivada a urgencias.

### Exploración y pruebas complementarias

En urgencias la paciente se muestra inquieta, con discurso desorganizado e ideación delirante, sin focalidad neurológica. Dada la ausencia de antecedentes psiquiátricos se realiza estudio para descartar causa orgánica. La tomografía computarizada craneal no muestra hallazgos patológicos. Se completa estudio analítico con bioquímica, hemograma y determinación de etanol y tóxicos en orina, todos dentro de la normalidad. Tras

valoración por Salud Mental se establece diagnóstico de episodio psicótico agudo e inicia tratamiento con olanzapina.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Se plantea brote psicótico agudo secundario a reacción adversa farmacológica por tratamiento erradicador de Helicobacter pylori. Ante esta sospecha se suspende la antibioterapia. En revisión una semana después, la paciente presenta evolución favorable con remisión progresiva de la sintomatología, permitiendo reducir olanzapina.

## Diagnóstico diferencial

Primer episodio de trastorno psicótico primario. Episodio maníaco con síntomas psicóticos. Psicosis secundaria a consumo de tóxicos. Psicosis secundaria a causa orgánica neurológica o metabólica. Reacción adversa farmacológica a antibioterapia.

## Comentario final

Los antibióticos empleados en la erradicación de Helicobacter pylori, especialmente metronidazol y claritromicina, pueden asociarse a efectos neuropsiquiátricos poco frecuentes como delirium o psicosis. El reconocimiento precoz permite retirar el fármaco y evitar pruebas innecesarias. Atención Primaria desempeña un papel clave en su detección.

## Bibliografía


- *Makunts T, Zhuravleva T, Mamikonyan G, Bielecki M, Abagyan R. Association between acute neuropsychiatric events and Helicobacter pylori therapy containing clarithromycin. JAMA Intern Med. 2016;176(7):995-997.*
- *Abouesh A, Stone C, Hobbs WR. Acute neuropsychiatric symptoms associated with antibiotic treatment of Helicobacter pylori infections: a review. J Psychiatr Pract. 2017;23(3):176-182.*


# 918/368. DEPRESIÓN ENDÓGENA RESISTENTE A TRATAMIENTO. AUTORES: DANIELA LAY BARRIGA, ANA LEMOS PENA, GONZALO CABELLO PEREZ. 1 RESIDENTE 1ER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (MFYC), 2 MÉDICO DE FAMILIA 3 RESIDENTE DE 3ER AÑO DE MFYC DE UGC POSADAS CORD, TODOS


## Autores:

*Lay Barriga, D.[1], Lemos Pena, A.[2], Cabello Pérez, G.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba*


## Descripción del caso

Varón 58 años. Sin antecedentes. Trabajador utónomo en medio agrario. Vive con su esposa y familia. Tras alteración de rendimiento en el trabajo por causas emocionales es valorado por Mutua, desvcartando conflicto laboral como desencadenante. Acude a psiquiatra privado, quien inicia tratamiento, sin evolución favorable. Acude a Urgencia 20 días después del inicio del tratamiento. Descartan organicidad. Es valorado por Psiquiatra de guardia. Ajusta tratamiento y remite a Primaria para completar estudio de organicidad. A los 3 meses persiste la clínica por lo que se intensifica tratamiento. Realiza seguimiento compartido con salud mental. A los 6 meses requiere nuevo ajuste de tratamiento planteando ya terapia de segundo nivel como neuro modulación, terapia electroconvulsiva o ketamina, en caso de fracaso.

## Exploración y pruebas complementarias

Se completa historia familiar orientada en patología mental: hermano con antecedente de depresión y tía paterna con suicidio consumado.

Se completa analítica.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Depresión endógena resistente a tratamiento

## Diagnóstico diferencial

Trastorno bipolar, depresión reactiva y otros trastornos del humor y esquizofrenia. Hay que descartar causas desencadenantes como mala adherencia al tratamiento y alteraciones analíticas

## Comentario final

Estamos ante un claro caso de depresión mayor endógena resistente a tratamiento que debemos abordar en Atención primaria de forma coordinada con segundo nivel y en permanente conexión con familia y propio paciente. Con revisiones programadas periódicas para evaluar adherencia, aparición de posibles efectos secundarios y situaciones adversas familiares o laborales

Este paciente pertenece a un cupo no cubierto por una baja prolongada de forma que identificamos el caso en uno de los repartos de manera casual. Decidimos seguir el caso de manera personal para mantener una relación medico paciente estable que asegure una confianza suficiente en los planes de tratamientos propuestos con idea de mejorar la adherencia hacer seguimiento de complicaciones, reducir el riesgo autolítico y facilitar la accesibilidad a su equipo básico de atención primaria. La mujer es la encargada de pedir las citas a través de su enfermera o la unidad administrativa para que le faciliten consulta con nosotras.

### Bibliografía


- *Roca Bennasar, Miquel, Aragonès, Enric, coordinadores. Abordaje compartido de la depresión. Documento multidisciplinar. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 2017.*


## 918/369. CUANDO BEBER Y ORINAR MAS NO ES BANAL: DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN PACIENTE PREESCOLAR


### Autores:

*Pacheco García, M.*[1]

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares D Arrayanes. Linares. Jaén*


### Descripción del caso

Niña de 2 años que consulta por cuadro de poliuria y polidipsia desde hace 2 semanas, sin polifagia. En la última semana más cansancio y decaimiento. Como antecedente inmediato presentó un episodio aislado de vómito el día previo a la consulta y un pico febril autolimitado sin repetición posterior.

### Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, palidez cutánea, normohidratada y sin taquipnea. Peso 9,4 kg, talla de 86 cm e IMC de 12,57 kg/m$^2$. Tensión arterial 102/69 mmHg, temperatura 35 ºC y saturación de oxígeno 98%. La auscultación cardiorrespiratoria rítmica y murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, no doloroso a la palpación y sin megalias evidentes.

Analiticamente: hemograma normal. Bioquímica destaca glucemia de 538 mg/dl con función renal e iones conservados. Presenta cetonemia de 6. Gasometría venosa: pH 7,1, bicarbonato de 6,1 y exceso de bases de -23. La hemoglobina glicosilada es de 10,7%. Se amplia analítica con péptido C y anticuerpos específicos de diabetes.

Ante la sospecha de cetoacidosis diabética se deriva a Urgencias hospitalarias, para valoración Pediatrica que confirma el diagnóstico y decide ingreso para manejo metabólico e insulinización intravenosa según protocolo.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Cetoácidosis diábética como debut de diabetes tipo 1 en paciente preescolar

### Diagnóstico diferencial

diabetes mellitus tipo 1; diabetes insípida; infección urinaria, hipercalcemia o trastornos metabólicos, polidipsia primaria.

### Comentario final

La DM 1 es la forma más frecuente de diabetes en la edad pediátrica y su debut puede presentarse con síntomas inespecíficos. La poliuria y la polidipsia son signos cardinales y deben alertar al médico de Atención Primaria, ya que el retraso diagnóstico puede favorecer el desarrollo de cetoacidosis diabética, urgencia metabólica grave. De ahí la importancia de mantener una alta de sospecha clínica ante estos síntomas. La determinación precoz de glucemia capilar y la derivación urgente al hospital permiten un diagnóstico precoz e inicio de tratamiento adecuado, reduciendo las complicaciones y mejorando el pronóstico.

### Bibliografía


- *Wolfsdorf JI et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. Pediatric Diabetes.*
- *American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes 2024. Diabetes Care.*
- *Craig ME et al. Definition, epidemiology and classification of diabetes in children and adolescents. Pediatric Diabetes.*


## 918/370. MOLESTIAS DESENCADENADAS POR OLORES INTENSOS COMO SÍNTOMA GUÍA EN CONSULTA


### Autores:

*Mentado Sosa, B.*[1]*, Ferrer Haba, M.*[2]*, Cabana Hurtado, A.*[3]

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo Las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla*


### Descripción del caso

Mujer de 51 años que como antecedentes personales presenta mutación del gen de la protrombina. No factores de riesgo cardiovascular. La paciente acude a una primera consulta a nuestro centro de salud porque desde 2023 en relación con los olores de sustancias químicas presenta hiperosmia y prurito intenso y alteración en el hábito gastrointestinal tras la exposición (diarrea). Fue valorada inicialmente por Alergología en el ámbito privado, sin hallazgos patológicos, y por Digestivo, donde fue diagnosticada de intolerancia a la fructosa. Ante la persistencia de la clínica se derivó a consultas hospitalarias. Otorrinolaringología descartó patología estructural. Medicina Interna realizó seguimiento entre noviembre de 2024 y diciembre de 2025. Durante este periodo la paciente presentó nuevos síntomas consistentes en episodios de disnea o taquipnea tras exposición a determinados productos químicos, así como edema en labios y paladar. En la analítica se objetivó eosinofilia, por lo que se solicitó estudio de inhibidor de C1 para descartar angioedema hereditario, con resultado negativo. Tras completar el estudio y descartar patología sistémica, el cuadro se orientó hacia hipersensibilidad química múltiple. La paciente está en seguimiento en Madrid con mejoría clínica tras tratamiento con multivitamínico.

### Exploración y pruebas complementarias

Se realizó TC craneal y resonancia magnética craneal, sin hallazgos patológicos. La fibroscopia faringolaríngea realizada por otorrinolaringología mostró ausencia de lesiones a nivel supraglótico, base de lengua e hipofaringe, con cuerdas vocales libres y móviles.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Hipersensibilidad química múltiple.

### Diagnóstico diferencial

Enfermedades alérgicas respiratorias, patología otorrinolaringológica, trastornos autoinmunes, angioedema hereditario.

### Comentario final

La hipersensibilidad química múltiple constituye un reto diagnóstico en Atención Primaria debido a la inespecificidad de los síntomas y a la ausencia de pruebas confirmatorias. El médico de familia desempeña un papel clave en la coordinación del proceso diagnóstico y en el seguimiento longitudinal de estos pacientes. Resulta fundamental ofrecer una atención centrada en la persona, validando la experiencia del paciente y proporcionando acompañamiento clínico continuado para mejorar su calidad de vida y evitar intervenciones diagnósticas innecesarias.

### Bibliografía


- *Lavric CE, Migueres N, de Blay F. Multiple chemical sensitivity: a review of its pathophysiology. Explor Asthma Allergy. 2024;2:350-362.*


## 918/371. FIEBRE EN LA SELVA AMAZÓNICA CENTRAL


### Autores:

*Aguado Linares, P.[1], Martínez Trasmonte, M.[1], Cabrera Domínguez, G.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés - Torcal. Málaga*


### Descripción del caso

Mujer 15 años de tribu Asháninka presenta fiebre de 48 horas de evolución de hasta 39,4 °C de temperatura, acude al centro de salud por continuar con fiebre alta, malestar general, náuseas, vómitos y cefalea retroocular.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: regular estado general, consciente, orientada, colaboradora, deshidratación oral, palidez mucocutánea. Temperatura 38,5 °C, TA 84/67 mmHg, FC 108 lpm, SatO2 99%.

Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de hipogastrio, no defensa abdominal ni signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias:

- Analítica de orina negativa.

- Analítica de sangre: Hemograma disponible Hb 10,4, Hematocrito 32, Plaquetas 240000, Leucocitos 21000.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Fiebre en paciente de zona endémica de Dengue.

## Diagnóstico diferencial

Arbovirosis como Dengue, Zika, Oropouche, Chikungunya, Mayaro; protozoarios como Malaria; zoonosis como Leptospirosis, Rickettsiosis; y Leishmaniasis.

## Comentario final

El periodo de incubación del Dengue es de 7-14 días desde la picadura del mosquito Aedes aegypti.

El mosquito no nace con el virus, lo adquiere al picar a una persona en fase de viremia. Existen 4 serotipos (DEN-1, 2, 3 y 4).

Los síntomas característicos de esta enfermedad son:

· Fiebre alta: Súbita (39°C - 40°C), generalmente de 2 a 7 días de duración.

· Dolor Retroocular.

· Mialgias y Artralgias.

· Cefalea intensa frontal.

· Exantema (Rash): Suele aparecer entre el día 3 y 5. Se describe clásicamente como "islas blancas en un mar rojo".

· Anorexia y náuseas: Muy común en niños.

Al ser el tercer día de evolución de la fiebre nos encontramos en la fase virémica por lo que podemos realizar el Antígeno NS1 en sangre, si es del sexto día en adelante debemos solicitar IgM para el diagnóstico. Prohibido AINEs hasta su confirmación.

## Bibliografía


- *World Health Organization. Dengue and severe dengue [Internet]. Geneva: WHO; 2025 Aug 21 [citado 2026 Mar 11].*
- *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Twelve-month dengue virus disease case notification rate per 100 000 population, August 2024-July 2025 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2025 Aug 05 [citado 2026 Mar 11].*
- *Organización Panamericana de la Salud: Riesgo de brotes de dengue por la mayor circulación de DENV-3 en la Región de las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 Feb 07 [citado 2026 Mar 11].*


# 918/376. ¿ES SOLO UN CUADRO INFECCIOSO QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO?


## Autores:

*Blaut, T.[1], Ternero Solís, C.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carihuela. Torremolinos. Málaga, (2) Médico Desempleado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carihuela. Torremolinos. Málaga*


## Descripción del caso

Varón de 41 años. NAMC. Sin AP de interés.

El paciente acudió a consulta por astenia, odinofagia y fiebre de 39,2ºC de 3 días de evolución. Ha tomado AINES pero refería empeoramiento del dolor. No tos, ni mucosidad. En la exploración se observaba hiperemia orofaríngea, hipertrofia amigdalar con exudado y adenopatía dolorosa retromandibular. Dada la alta sospecha del proceso bacteriano (5 puntos en la escala de McIsaac), se ha iniciado tratamiento con Amoxicilina. A los 5 días del inicio de ATB reacude a consulta y refiere aumento de astenia,odinofagia y persistencia de fiebre.

## Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente, orientado, colaborador. Bien hidratado y perfundido.

Orofaringe hiperémica, amígdalas hipertróficas con exudado fibrinoso, leve asimetría pilares palatinos (D>I), no trismus. Otoscopia anodina.

ACP: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen: anodino. No hepatomegalia ni esplenomegalia.

Dada la persistencia de fiebre alta más de una semana, amigdalitis resistente a antibioterapia, se deriva a Urgencias hospitalarios para realización de PPCC, y si precisa, valoración por ORL.

Se realiza analítica sanguínea con siguientes hallazgos:

Hb 12,3, Leucocitos 127.000 (N 25.000, L19.000, M 80.000), Plaquetas 120.000, PCR 74. Glucosa, función renal, iones y coagulación normales.

Se contacta con Hematología que realiza analítica de frotis de sangre y ante la sospecha de leucemia aguda se deriva al centro de referencia para estudio y tratamiento.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Leucemia aguda. Amigdalitis aguda.

### Diagnóstico diferencial

Los síntomas de leucemia aguda suelen ser inespecíficos, por lo cual el diagnóstico diferencial resulta difícil y hay que tener en cuanta los síntomas de alarma.

El diagnóstico diferencial de amigdalitis aguda debe incluir otras causas de la última, tales como mononucleosis.

### Comentario final

En conclusión,la leucemia aguda constituye una urgencia hematológica cuyo diagnóstico precoz resulta fundamental para iniciar tratamiento de forma temprana y mejorar el pronóstico.

Este caso refuerza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante alteraciones hematológicas o síntomas persistentes, especialmente cuando se acompañan de signos de alarma o no se aprecia buena evolución de un proceso infeccioso.

### Bibliografía


- *Torrente A., Botafogo V. Leucemia aguda de linaje ambiguo. Medicina Clínica. 2025.*
- *Fernández D.M., Bandin Ruggiero M. Leucemia aguda con cambio de linaje. 2024.*


## 918/377. DE LA CLÍNICA ABDOMINAL AL SÍNDROME DE MILLER-FISHER


### Autores:

*Safronova, A.[1], Heredia Pareja, F.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería*


### Descripción del caso

Varón de 57 años que consulta en Atención Primaria por dolor abdominal, localizado en hemiabdomen izquierdo, malestar general, estreñimiento de 48 horas de evolución, sudoración nocturna, sin vómitos ni fiebre. En la exploración abdominal se objetiva abdomen en tabla, por lo que se deriva a urgencias hospitalarias. El TAC abdominal evidencia obstrucción intestinal con estenosis de sigma, motivo por el cual ingresa en Cirugía General. Se realizan laparotomía exploradora y colonoscopia, sin hallazgos de neoplasia, evolucionando favorablemente con tratamiento conservador. El día previo al alta inicia parestesias en ambas manos, pero lo relaciona con postura al dormir y le dan de alta. En días posteriores acude de nuevo a consulta en Atención Primaria: presenta empeoramiento progresivo de las parestesias en miembros superiores, con debilidad para la motricidad fina bilateral y ptosis palpebral derecha. Se le realiza TAC craneal, sin alteraciones. Se deriva nuevamente al hospital para estudio neurológico. Durante su ingreso presenta evolución lenta con discreta mejoría. El paciente recibe cinco dosis de inmunoglobulinas intravenosas, con buena tolerancia. Tras el tratamiento comienza una mejoría progresiva de la fuerza en la mano derecha, aunque persisten alteraciones sensitivas en dedos de manos y, ocasionalmente, en los pies. Tras el alta hospitalaria, continúa en seguimiento por rehabilitación y terapia ocupacional.

### Exploración y pruebas complementarias

En la exploración neurológica se objetiva hipoestesia en ambas manos y disminución de los reflejos osteotendinosos. El estudio electroneuromiográfico muestra hallazgos compatibles con desmielinización proximal. El estudio autoinmune detecta anticuerpos IgM anti-ganglиósido GD1b positivos. Las pruebas de imagen (PET-TC y RM cerebral y medular) no evidencian hallazgos concluyentes para otras patologías.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Síndrome de Miller-Fisher (Ac(IgM) anti gangliósido-GD1b)

### Diagnóstico diferencial

Esclerosis múltiple; Miastenia gravis.

### Comentario final

El Síndrome de Miller-Fisher es una variante poco frecuente del Síndrome de Guillain-Barré cuyo diagnóstico puede resultar complejo en presentaciones iniciales atípicas. La aparición de parestesias, debilidad distal y alteraciones oculares tras un proceso sistémico debe hacer considerar esta entidad. El reconocimiento precoz permite instaurar tratamiento inmunomodulador y mejorar el pronóstico funcional.

### Bibliografía


- *Zhang L, Ma L, Zhou L, Sun L, Han C, Fang Q. Miller-Fisher syndrome with positive anti-GD1b and anti-GM1 antibodies combined with multiple autoimmune antibodies: A case report. Medicine. 2023;102(34):e34969.*

## 918/380. "MÁS QUE UN SIMPLE BRONCEADO: CLAVES DIAGNÓSTICAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA"


### Autores:

*Abascal Morente, L.[1], Lucena López, R.[2], Denis Pedrosa, J.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 49 años que consulta en Atención Primaria por artralgias progresivas en manos y rodillas de seis meses de evolución, asociadas a astenia y rigidez matutina. Refiere además oscurecimiento de la piel en los últimos meses, señalado también por familiares, sin aumento relevante de la exposición solar. Niega fiebre, pérdida ponderal o alcoholismo.

Ante la persistencia de síntomas e hiperpigmentación cutánea llamativa, se solicita analítica para ampliar estudio desde la consulta de Atención Primaria.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Normotenso y afebril. Destaca hiperpigmentación cutánea difusa de predominio en cara, cuello y dorso de manos. No ictericia.

Exploración osteoarticular: dolor a la palpación y discreta limitación funcional en articulaciones metacarpofalángicas de segundo y tercer dedo bilateralmente. No signos inflamatorios francos. Resto de la exploración sin hallazgos.

Analítica sanguínea: ferritina sérica de 912 ng/mL, saturación de transferrina del 68%. Transaminasas discretamente elevadas (AST 58 U/L, ALT 64 U/L). Glucemia y función renal normales.

Ante sospecha clínica de posible Hemocromatosis, se realiza derivación a consultas de Digestivo para ampliación de estudio. El estudio genético confirma mutación C282Y en el gen HFE , compatible con Hemocromatosis hereditaria.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Artralgias y hiperpigmentación cutánea secundarias a sobrecarga férrica por hemocromatosis hereditaria.

### Diagnóstico diferencial

Artritis reumatoide seronegativa, artrosis precoz, enfermedad hepática crónica con hiperpigmentación, insuficiencia suprarrenal primaria, hiperpigmentación secundaria a exposición solar o fármacos.

### Comentario final

La Hemocromatosis hereditaria es una enfermedad genética frecuente pero infradiagnosticada cuyos síntomas iniciales suelen ser inespecíficos. Manifestaciones como artralgias o cambios cutáneos pueden constituir la primera pista clínica. La determinación de ferritina y saturación de transferrina desde Atención Primaria permite sospechar precozmente la enfermedad y realizar una derivación dirigida para confirmación diagnóstica. El manejo posterior se realiza de forma coordinada entre Digestivo y Atención Primaria, incluyendo tratamiento mediante flebotomías terapéuticas y seguimiento clínico-analítico periódico para prevenir complicaciones hepáticas, endocrinas y cardiacas. Este caso resalta el papel clave del médico de familia en la sospecha diagnóstica inicial ante síntomas aparentemente banales.

### Bibliografía


- *European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on haemochromatosis. J Hepatol. 2022;77(2):479-502.*
- *Brissot P, Pietrangelo A, Adams PC, de Graaff B, McLaren CE, Loréal O. Haemochromatosis. Nat Rev Dis Primers. 2018;4:18016.*


## 918/381. MANEJO DEL ANTIGENO PROSTATICO ELEVADO EN INFECCION DEL TRACTO URINARIO


### Autores:

*Martín Gutiérrez, J.[1], Alonso Lema, S.[2], Chiva Ballesteros, B.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almedinilla. Almedinilla. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almedinilla. Almedinilla. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Priego de Córdoba. Priego de Córdoba. Córdoba*


### Descripción del caso

Paciente varón ,de 65 años con AP de HTA tratada con enalapil/ hidrocortiazida, acude a consulta de atención primaria por nasofaringitis e incontinencia urinaria aguda tratado previamente con tamsulosina/solifenacina por síndrome tracto urinario inferior (STUI) pautado por urología en 2021 y suspendido de forma voluntaria.

## Exploración y pruebas complementarias

Combur Test en muestra de orina revela presencias de leucocitos, nitritos y eritrocitos. Se inicia tratamiento empírico con ciprofloxacino y se solicita un urocultivo, que confirma la presencia de Escherichia Coli (BLEE) con resistencia a dicho principio activo en resultado posterior. Ante el empeoramiento de los síntomas, el paciente, es derivado a urgencias hospitalarias, donde se le inicia tratamiento intravenoso con ceftriaxona y tobramicina debido a la persistencia de los síntomas. Al alta, se prescribe cefuroxima, resistente en urocultivo, con persistencia posterior de los síntomas. Durante el seguimiento, se le administra amoxicilina/ácido clavulánico y posteriormente trimetoprima/sulfametoxazol, ajustando según la sensibilidad bacteriana. Posteriormente, por petición en urólogo en consulta privada, se obtiene un antígeno prostático específico (PSA) elevado de 10,97 ng/ml, resto de valores analíticos, así como, sedimento de orina sin alteraciones.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Se considera un caso de prostatitis aguda por Escherichia Coli (BLEE) provocando una elevación temporal del PSA.

## Diagnóstico diferencial

Se realiza un diagnóstico diferencial entre STUI y un proceso inflamatorio prostático.

## Comentario final

Es fundamental revisar los tratamientos y los antibiogramas en atención primaria para evitar terapias ineficaces como consecuencia de las resistencias antibióticas. Es importante tener en cuenta que tanto las infecciones urinarias como la prostatitis pueden causar un aumento temporal del PSA, que puede persistir de 6 a 8 semanas tras la resolución de los síntomas, por lo que no se debe solicitar de manera rutinaria durante infecciones activas.

## Bibliografía


- *-Grabe M, Bartoletti R, Bjerklund-Johansen TE, Cai T, Köves B, Wagenlehner F, et al. Guidelines on Urological Infections. Arnhem: European Association of Urology; 2025.*
- *-Nepal A, Sharma P, Bhattarai S, Mahajan Z, Sharma A, Sapkota A, et al. Extremely elevated prostate-specific antigen in acute prostatitis: A case report. Cureus [Internet]. 2023;15(8):e43730. Disponible en: http://dx.doi.org/10.7759/cureus.43730*


# 918/382. " DOCTOR, ESTE ESTRÉS QUE TENGO ME VA A MATAR ALGÚN DÍA"


## Autores:

*Mañero Viera, L.[1], Ocaña Oncala, J.[2], Rodríguez Lugo, C.[3]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Línea - Centro La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque Sur. San Roque. Cádiz*


## Descripción del caso

Paciente de 41 años,madre soltera de dos menores de 10 y 8 años, trabajadora de ayuda a domicilio a personas dependientes. consulta a su médico de familia por cuadro de ansiedad continuo que no mejora con los grupos de terapia y la psicóloga del área , pérdida de peso de 7 kilos en 2 meses, que no comprende porque refiere que con la ansiedad come más. Añade que ahora las cosas se le olvida con más frecuencia hasta las más importantes de sus hijos. Refiere cansancio que identifica como anormal aunque duerme bastantes horas y sus hijos colaboran en la casa. Ha tenido problemas con dos compañeras en el trabajo porque refiere que se irrita mucho más que antes y ya ni en el trabajo puede estar tranquila .fumadora de vaper. Antecedentes personales : dos cesáreas.

## Exploración y pruebas complementarias

Pálidez cutánea facial . Afebril. Bien hidratada. Complexión delgada . Hemodinamicamente estable.

Auscultación cardíaca y pulmonar normal .

Abdomen no dolososo . Si presencia de meteorismo

Aumentado y sensación de plenitud . Niega alteraciones del tránsito gastrointestinal . Portadora de DIU . Menstruaciones normales sin metrorragia ni polimenorrea

Analítica : hb 10.6 g/dl hematocrito 31% VCM 73 Fl ferritina 8 ng/ml hierro 26

Tsh 1.44 GOT y Gpt

Normales Amilasa normal

Última citología normal y revisión ginecológica reciente privada normal .

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Anemia ferropenica en paciente joven, astenia intensa, labilidad emocional y pérdida de peso.

Ante antecedentes ginecológicos normales y resto de analítica normal se amplía estudio analítico con perfil anemia carencial, estudio celiaquia y prueba de sangre oculta heces.

En resultados analíticos : positividad para Ac antitransglutaminasa . Se deriva a consulta externa

De digestivo que confirma diagnóstico.

Juicio clínico : Celiaquia

## Diagnóstico diferencial

Anemia ferropenica por perdida menstrual, trastorno de ansiedad generalizado, hipertiroidismo , síndrome de mala Absorción intestinal

## Comentario final

La celiaquia puede enmascararse ante ausencia de síntomas digestivos atípicos, con síntomas extraintestinales como Anemia ferropenica, Alteraciones del

Estado anímico Como Ansiedad y apatía.

Tras tratamiento con hierro oral y dieta exenta de gluten la paciente evolucionó con mejoría de su perfil anémico, Ganó peso y se encuentra emocionalmente mas estable.

## Bibliografía


- *American College of Gastroenterology clinical guideline.*
- *Sociedad Española de Enfermedad Celíaca recommendations*


# 918/383. MÁS QUE UN CORAZÓN DE ATLETA: RESOLUCIÓN INTEGRAL DEL FLUTTER AURICULAR DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA


## Autores:

*Lorenzo Santamaría, B.[1], Pérez Sánchez, J.[2], López Díaz, A.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlinda. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlinda. Málaga*


## Descripción del caso

Varón de 47 años sin alergias conocidas, no fumador ni exfumador, no ingesta de alcohol, vida activa y realiza ejercicio físico regular con el único antecedente personal de interés Hipertenso en tratamiento con Losartán y síncope vasovagal estudiado por Cardiología sin cardiopatía estructural. No AF de interés.

Acude a consulta por notar ''palpitaciones'' con el esfuerzo desde que ha retomado, tras un período de menor actividad física por cambio de trabajo, el deporte a mayor intensidad: 3 días en semana realiza bicicleta, 1 día running y el resto ejercicios de fuerza. Insiste que previamente no le sucedía.

## Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. ACR: arrítmico sin soplos AP: mvc sin ruidos sobre añadidos Resto anodino.

Analítica sanguínea: anodina con perfil lipídico colesterol total 154 c-LDL HDL 87 no-DL 67 55 Triglicéridos 55

ECG: Flutter auricular a una FC de 81 lpm con bloqueo incompleto de rama derecha.

TELECONSULTA A CARDIOLOGÍA: se deriva a consulta para programar una ablación de ICT con inicio previo desde Atención Primaria de anticoagulación oral, independientemente del CHADSVAS, durante 3 semanas.

Ecocoardiograma-Doppler: válvulas sin alteraciones significativas. Ventrículo izquierdo con dilatación e hipertrofia leves (DTD 55mm) con función sistólica global limitrofe (FE 50%). Aurícula izquierda y cavidades derechas normales. No derrame pericárdico.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

Flutter auricular paroxística en paciente con morfología cardíaca sin alteraciones

## Diagnóstico diferencial

Fibrilación auricular, taquicardia sinusal, hipertiroidismo, consumo de tóxicos

## Comentario final

La detección precoz de un Flutter mediante un simple ECG en consulta no solo evita complicaciones tromboembólicas, sino que permite una derivación dirigida

que garantiza la recuperación funcional completa de un paciente joven y activo.

### Bibliografía


- *Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. European Heart Journal, 2024.*
- *Pérez Cabeza AI, et al. Fibrilación y Flutter Auricular: Proceso Asistencial. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía (1ª ed., 2025)*


## 918/384. ESCLEROSIS MÚLTIPLE PROGRESIVA AVANZADA EN PACIENTE CON SÍNTOMAS INESPECÍFICOS Y COMORBILIDAD PSICOSOCIAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Martínez Gázquez, N.[1], Garrido Aguayo, L.[1], Ortega Pérez, S.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mengíbar Dr. Manuel Polaina Bailón. Mengíbar. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Campo. Torre del Campo. Jaén*


### Descripción del caso

Mujer de 41 años, adoptada, sin antecedentes familiares conocidos, con anemia ferropénica e hipotiroidismo en tratamiento. Consulta repetidamente por cansancio, nerviosismo, dolor mecánico relacionado con su trabajo y mareos inespecíficos. Presenta episodios de inestabilidad progresiva desde hace un año, con dificultades para la deambulación y necesidad de apoyo. Además, refiere problemas familiares y solicita bajas laborales frecuentes.

Tras datos que no nos convencen, derivamos a Otorrinolaringología y tras resultados, es valorada por Neurología y por la Unidad de Enfermedades Raras.

### Exploración y pruebas complementarias

Exploración neurológica inicial con marcha inestable al cerrar ojos (Romberg positivo), dismetrías en pruebas coordinativas y ausencia de nistagmo o alteraciones sensoriales. Otoscopia y pares craneales normales. TAC craneal sin hallazgos. RMN cerebral con lesiones bilaterales en sustancia blanca subcortical y regiones talámicas, hiperintensas en T2 y FLAIR. RM cervical normal. LCR con bandas oligoclonales positivas. Estudio genético para CADASIL negativo. Nueva RMN con focos de realce tras contraste compatibles con proceso inflamatorio desmielinizante. ENG/EMG normales.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

El cuadro clínico y las pruebas sugieren un proceso inflamatorio desmielinizante progresivo, compatible con esclerosis múltiple progresiva avanzada, descartando inicialmente otras causas como CADASIL o enfermedades metabólicas.

### Diagnóstico diferencial

Enfermedad de CADASIL, Enfermedades metabólicas hereditarias (deficiencia de Acil-CoA deshidrogenasa, enfermedad de Krabbe), Trastornos vestibulares periféricos, Patologías psiquiátricas con somatización

### Comentario final

Este caso refleja la dificultad diagnóstica en pacientes con síntomas inespecíficos y comorbilidad psicosocial, que pueden enmascarar signos neurológicos relevantes. La exploración neurológica detallada y la valoración clínica objetiva en Atención Primaria fueron clave para detectar signos de alarma que motivaron estudios complementarios y derivación especializada y la evolución clínica y pruebas confirmaron el diagnóstico, descartando otras patologías inicialmente sospechadas.

La Esclerosis Múltiple puede presentarse con síntomas inespecíficos y progresión lenta, dificultando su diagnóstico en Atención Primaria y junto a la comorbilidad psicosocial, pueden condicionar la valoración clínica y retrasar la sospecha diagnóstica.

La exploración neurológica detallada y el seguimiento clínico son fundamentales para detectar signos de alarma y derivar a unidades especializadas.

Evitar sesgos clínicos y valorar objetivamente cada síntoma es esencial para un diagnóstico precoz y adecuado.

### Bibliografía


- *Thompson AJ, et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. Lancet Neurol. 2018;17(2):162-173.*


## 918/386. CUANDO LA FIEBRE NO DA PISTAS: EL DETALLE EN LA PIEL QUE LO CAMBIÓ TODO


### Autores:

*Lillo Ramírez, E.[1], Lillo Ramírez, M.[2], Jalal Nasser, A.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril que consulta por cuadro de malestar general persistente desde hace más de 10 días, asociado a fiebre entre 37,5 y 38 ºC, cefalea, astenia, náuseas y artralgias en caderas. Refiere además antecedente reciente de infección urinaria tratada cinco días antes con mejoría clínica. Al interrogar de forma dirigida sobre posibles exposiciones, el paciente reconoce una lesión negruzca previa que relaciona con picadura de insecto desconocido mientras podaba árboles en mal estado en su parcela rural, días antes del inicio de los síntomas.

### Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado, constantes dentro de rangos aceptables y exploración respiratoria, abdominal y neurológica sin hallazgos patológicos. En miembro superior derecho se observa lesión eritematosa circular con zona central sobreelevada compatible con eritema migrans.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Sospecha de enfermedad de Lyme

### Diagnóstico diferencial

Infección viral inespecífica, reacción alérgica local y otras zoonosis transmitidas por artrópodos

### Comentario final

En Atención Primaria, donde con frecuencia se atienden cuadros de fiebre inespecífica, la anamnesis dirigida y la exploración física continúan siendo herramientas diagnósticas esenciales. En este caso, la identificación de una pequeña lesión cutánea, inicialmente referida como una picadura banal, permitió orientar el diagnóstico y dirigir el manejo clínico. Este hallazgo pone de relieve el valor del razonamiento clínico, el "ojo clínico" durante la exploración y la continuidad asistencial como pilares fundamentales de la práctica del médico de familia.

### Bibliografía


- *Stanek G, Wormser GP, Gray J, Strle F. Lyme borreliosis. Lancet. 2012;379:461-73.*
- *Hunfeld KP, Shilliday RE. Lyme borreliosis: clinical and epidemiological aspects. Clin Microbiol Infect. 2020;26:18-31.*


## 918/387. LA HERIDA QUE NO CURA


### Autores:

*Lucena López, R.[1], Abascal Morente, L.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga*


### Descripción del caso

Varón de 28 años, sin antecedentes personales relevantes, que consulta por lesión cutánea en cara anterior de pierna derecha de tres semanas de evolución, inicialmente interpretada como picadura de insecto. Presenta crecimiento progresivo y escaso dolor, sin síntomas sistémicos asociados. Fue tratado inicialmente con antisépticos tópicos y posteriormente con antibiótico oral ante sospecha de sobreinfección bacteriana, sin mejoría clínica.

En la anamnesis dirigida refiere viaje reciente de cuatro semanas por zona rural del Amazonas, con exposición a múltiples picaduras de insectos y actividades al aire libre.

Convive con pareja, sin otros casos similares en el entorno ni contacto con animales.

### Exploración y pruebas complementarias

Inicialmente presentaba una pápula eritematosa indurada de pequeño tamaño. En revisiones posteriores se objetiva crecimiento progresivo hasta aproximadamente 1–1,5 cm, con transformación a lesión papulonodular con costra central, mayor induración y discreta ulceración superficial, sin fluctuación ni signos de celulitis ni adenopatías regionales. Buen estado general.

Se solicita interconsulta preferente a dermatología mediante telederma y finalmente es citado en consulta presencial para confirmación diagnóstica (biopsia y PCR). Se indican cuidados tópicos, realizando curas locales con enfermería y seguimiento de la lesión en atención primaria.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Ante el antecedente epidemiológico, la evolución clínica y la ausencia de respuesta al tratamiento antibiótico, se plantea sospecha de leishmaniasis cutánea

## Diagnóstico diferencial

Forúnculo, picadura sobreinfectada, miasis furunculoide e infección bacteriana cutánea crónica.

## Comentario final

Se instaura tratamiento con crioterapia y antimoniato de meglumina, con evolución favorable y resolución progresiva de la lesión.

Ante lesiones cutáneas de evolución subaguda en pacientes viajeros, la anamnesis epidemiológica es fundamental. La falta de respuesta a tratamientos habituales debe hacer reconsiderar el diagnóstico inicial y orientar la derivación precoz desde atención primaria.

## Bibliografía


- *Aronson N, Herwaldt BL, Libman M, Pearson R, Lopez-Velez R, Weina P, et al. Diagnosis and treatment of leishmaniasis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH). Clin Infect Dis. 2016;63(12):e202-64.*
- *Kevric I, Cappel MA, Keeling JH. New World and Old World leishmania infections: a practical review. Dermatol Clin. 2015;33(3):579-93.*


# 918/388. EL VALOR DE LA VISIÓN INTEGRAL: SÍNTOMAS DIGESTIVOS EN PACIENTE CON ESPONDILOARTRITIS


## Autores:

*Lozano Gallego, A.[1], Castilla Moreno, M.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Benacazón. Benacazón. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Benacazón. Benacazón. Sevilla*


## Descripción del caso

Mujer de 52 años en cuyos antecedentes personales destacaba únicamente: espondilitis anquilosante HLA-B27 positivo. Acude a consulta de atención primaria por presentar síntomas dispépticos de años de evolución que fueron estudiados mediante endoscopia en los últimos diez años en tres ocasiones, con único hallazgo de gastritis inespecífica. Además, hacía 6 meses que asociaba pérdida ponderal de 5 kilos y tenesmo fecal que se había atribuido a la presencia de hemorroides. En el seguimiento de la paciente se objetivaron otros síntomas que aparecieron de forma escalonada como la incontinencia fecal o despeños diarreicos de hasta 15 deposiciones diarias de forma intermitente.

## Exploración y pruebas complementarias

En todo momento la paciente se mantuvo afebril y no presentó productos patológicos en heces a nivel macroscópico. Considerando todo lo anteriormente citado, se solicitó analítica de sangre con detección de proteína C reactiva (PCR) y detección en heces de Calprotectina (CH), ambas determinaciones resultaron elevadas con PCR 89 mg/dL y CH de 1.146 µg/g. Los síntomas unidos a las determinaciones anteriores llevaron a la progresión de estudio mediante colonoscopia con el hallazgo de proctitis ulcerosa.

## Orientación diganóstica/Juicio clínico

En el estudio de la paciente se tuvo en cuenta la vinculación existente entre espondilitis anquilosante (EA) y enfermedad inflamatoria intestinal (EII), compartiendo ambas entidades predisposición genética en presencia de HLA-B27 y mecanismos inflamatorios comunes. Hasta un 5-10% de pacientes con EA padecen EII, cursando cada patología de forma independiente y sin influir la actividad inflamatoria de una sobre la otra. Se diagnostica finalmente de proctitis ulcerosa que con el consecuente tratamiento lleva a la resolución del cuadro.

## Diagnóstico diferencial

Hemorroides complicada, EEII, colitis infecciosa subaguda.

## Comentario final

Con este caso ilustramos la importancia de valorar los diagnósticos diferenciales al completo, a pesar de que existen patologías que resultan menos frecuentes en nuestras consultas, así como del seguimiento longitudinal que se realiza de las diferentes condiciones que afectan al paciente y cómo evolucionan a lo largo de su vida desde la perspectiva holística del médico de familia.

## Bibliografía


- *Bohórquez Heras C, Movasat Hadjkan A, Turrión Nieves A, Pérez A. Espondiloartritis. Espondilitis anquilosante. Medicine (Programa de Formación Médica Continuada Acreditado). 2017;12(26):1485-1497. doi:10.1016/j.med.2017.01.010.*

## 918/390. SÍNCOPE EN DOMICILIO: IDENTIFICACIÓN Y MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DE UN BLOQUEO AV COMPLETO


### Autores:

*Medrano Moya, J.[1], Cuberos Vargas, M.[1], Cebrian Gistas, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Saucejo. El Saucejo. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Saucejo. El Saucejo. Sevilla*


### Descripción del caso

Varón de 83 años con alto riesgo cardiovascular, Paciente independiente para ABVD y con función cognitiva conservada

Se realiza aviso domiciliario tras episodio de pérdida brusca de conocimiento mientras se encontraba en el baño. Según familiares, el episodio ocurrió sin pródromos, sin relajación de esfínteres ni movimientos tónico-clónicos. Tras recuperar la conciencia el paciente presentaba intenso malestar general, mareo y sudoración profusa.

### Exploración y pruebas complementarias

A la llegada del equipo de emergencias se objetiva hipotensión arterial (90/50 mmHg), bradicardia marcada con frecuencia cardiaca de 32 lpm, saturación de oxígeno del 92% y glucemia capilar de 196 mg/dl.

En la exploración el paciente se encontraba consciente, pero con aspecto pálido y diaforético. Se realizó ECG de 12 derivaciones evidenciándose bradicardia severa con disociación auriculoventricular compatible con bloqueo auriculoventricular completo.

Ante la inestabilidad hemodinámica se inició monitorización continua, oxigenoterapia y acceso intraóseo. Se procedió a estimulación mediante marcapasos transcutáneo transitorio.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Ante la clínica y el ECG permitió establecer el diagnóstico de bloqueo AV completo.

### Diagnóstico diferencial

En el contexto de síncope y bradicardia se consideraron:

- Bloqueo auriculoventricular de alto grado
- Síncope vasovagal
- Tromboembolismo Pulmonar

### Comentario final

El bloqueo auriculoventricular completo constituye una causa potencialmente grave, El reconocimiento precoz mediante electrocardiografía y la rápida actuación en el ámbito extrahospitalario resultan fundamentales para evitar complicaciones graves.

Este caso pone de manifiesto el papel clave de los profesionales de Atención Primaria y de los dispositivos de emergencias extrahospitalarias en la identificación, estabilización inicial y traslado seguro de pacientes con bradiarritmias graves, destacando la utilidad del marcapasos transitorio como medida puente hasta la implantación de marcapasos definitivo.

### Bibliografía


- *Cisneros Herreros JM, Carneado de la Fuente J. Manual de urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; 2009. ISBN: 978-84-692-1073-4.*


## 918/391. A PROPÓSITO DE UN CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN ATENCIÓN PRIMARIA


### Autores:

*Torres Checa, M.[1], Ramos Viudez, J.[2], Fornell Lopez, G.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Retamar. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Retamar. Almería*


### Descripción del caso

Varón de 21 años, procedente de Marruecos y residente en España desde hace un año, sin alergias medicamentosas conocidas, sin hábitos tóxicos ni antecedentes personales o familiares de interés, acude por primera vez a consulta de Atención Primaria (AP) por tos crónica de tres meses de evolución, sin hemoptisis, asociada a pérdida ponderal de 10 kg. El paciente había consultado previamente en urgencias de AP, donde fue diagnosticado de infección respiratoria de vías altas y tratado sintomáticamente, sin realización de pruebas de imagen.

### Exploración y pruebas complementarias

Presentaba mal estado general, aspecto caquéctico y tos persistente. Temperatura 38 °C y saturación de

oxígeno basal 97%. Auscultación cardiopulmonar rítmica, murmullo vesicular conservado, sin crepitantes, estertores ni sibilancias. Ante la sospecha de cuadro potencialmente grave, se realizó derivación urgente a hospital de referencia. Radiografía de tórax evidenció un cavernoma en lóbulo superior derecho con patrón miliar difuso. El paciente ingresó para estudio y tratamiento de tuberculosis pulmonar activa.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

La evolución clínica, el síndrome constitucional, la procedencia del paciente y la ausencia de hábitos tóxicos orientaron hacia tuberculosis pulmonar activa.

### Diagnóstico diferencial

Se consideró principalmente tuberculosis pulmonar frente a cáncer de pulmón, incluyendo otras posibles etiologías como neoplasias de otro origen o enfermedades respiratorias autoinmunes o infecciosas.

### Comentario final

La continuidad asistencial en AP es clave para identificar signos de alarma y orientar precozmente el diagnóstico de patologías graves. El seguimiento longitudinal permite integrar contexto epidemiológico y clínico, fundamental en el manejo de tos crónica y síndrome constitucional.

### Bibliografía


- *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de buenas prácticas en tuberculosis. Semergen. 2020;46(1):24–32.*
- *World Health Organization. Global tuberculosis report 2022. Geneva: WHO; 2022.*


## 918/392. EJERCICIO FÍSICO COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: INTERVENCIÓN MEDIANTE EL PAPEF EN PACIENTE CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR


### Autores:

*Ramos Viudez, J.[1], Toro De Federico, A.[2], Torres Checa, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Almería, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería*


### Descripción del caso

Varón de 61 años en seguimiento en atención primaria con antecedentes de pericarditis, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), carcinoma de próstata, dislipidemia, obesidad, fumador y sedentario inactivo. Consultaba por cansancio y baja capacidad funcional, sin cambios en su estilo de vida a pesar de los FRCV asociados.

### Exploración y pruebas complementarias

Peso 112 kg, talla 166 cm, índice de masa corporal (IMC) 40,64 kg/m$^2$, perímetro abdominal 128 cm y presión arterial 166/130 mmHg. En analítica destacaba hemoglobina glicada (HbA1c) 6%, colesterol total 223 mg/dl, colesterol HDL 54 mg/dl, colesterol LDL 139 mg/dl, triglicéridos 151 mg/dl y SCORE2 12%. Antes de iniciar la intervención estaba en tratamiento con prednisona 30 mg/24 h, umeclidinio/vilanterol 55/22 mcg, budesonida/formoterol 160/4,5 mcg, metformina 850 mg/24h e irbesartán 150 mg/24h.

### Orientación diganóstica/Juicio clínico

Paciente con obesidad y múltiples FRCV asociados a sedentarismo. Se propone intervención de ejercicio físico estructurado mediante el Plan andaluz de prescripción de ejercicio físico PAPEF para mejorar el control metabólico y la capacidad funcional.

### Diagnóstico diferencial

Se valoraron otras causas como descompensación de DM2, enfermedad cardiovascular o patología respiratoria.

### Comentario final

El paciente participó en la primera intervención del PAPEF en Almería, un programa de ejercicio físico estructurado y supervisado durante 3 meses. Tras ella, presentó mejoría clínica y analítica, con descenso del peso a 100 kg, IMC 36,29 kg/m$^2$, colesterol total 185 mg/dl, colesterol HDL 51 mg/dl, colesterol LDL 114,5 mg/dl, triglicéridos 101 mg/dl, HbA1c 5,5% y SCORE2 7,8%. Además, se simplificó el tratamiento farmacológico, manteniéndose únicamente metformina 850 mg/24 h e irbesartán 150 mg/24 h. El paciente desarrolló adherencia al ejercicio físico, incorporándolo a su rutina diaria y refiriendo en consulta encontrarse satisfecho con el cambio en su estilo de vida.

Este caso refuerza el papel de la prescripción de ejercicio desde atención primaria para mejorar el control metabólico y el estilo de vida en pacientes con elevado

riesgo cardiovascular, dada la evidencia de sus beneficios.

## Bibliografía


- *Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre actividad física y comportamientos sedentarios. OMS; 2020.*
- *Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Prescripción de Ejercicio Físico (PAPEF) 2023-2030. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2023.*

# EXPERIENCIAS

## CON LA COMUNIDAD

### 918/11. IMPACTO DE UNA UNIDAD INTERDISCIPLINAR NIVEL 2 DE PIE DIABÉTICO

**Autores:**

*Martos Medina, D.[1], Rodriguez González, R.[2], Torrico Linares, Y.[3]*

**Centro de Trabajo:**

*(1) Enfermero. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén, (2) Especialista en Cirugía. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Baeza. Baeza. Jaén*

**Objetivos de la experiencia**

Describir la implantación y los resultados de una Unidad Interdisciplinar de Pie Diabético que integra Atención Primaria y ámbito hospitalario mediante un circuito de teleconsulta estructurada, orientado a reducir amputaciones y mejorar la continuidad asistencial.

**Descripción de la experiencia**

La experiencia se desarrolló entre febrero de 2023 y junio de 2024 en el Área Sanitaria Nordeste de Jaén (183.000 habitantes), donde se implantó una Unidad Interdisciplinar de Pie Diabético de Nivel 2 (IWGDF), coordinada por un EPA en Diabetes con formación en podología e integrada por Atención Primaria y ámbito hospitalario.

El modelo se basó en un circuito único de teleconsulta estructurada ("Reconectar"), que permitió la valoración inicial en Atención Primaria, la clasificación clínica de las lesiones y la derivación hospitalaria preferente cuando fue necesaria. Durante el periodo se realizaron 108 teleconsultas, 36 primeras consultas y 215 revisiones, mejorando los tiempos de respuesta y la coordinación interniveles.

**Conclusiones**

La implantación de la unidad se asoció a una reducción sustancial de amputaciones respecto a los registros históricos del área, pasando de 22–23 amputaciones anuales a 4 casos durante el periodo evaluado, con mejora de la eficiencia clínica y organizativa.

**Aplicabilidad**

El modelo es reproducible en otras áreas sanitarias, proporciona al médico de familia un circuito claro para el manejo del pie diabético y mejora la seguridad del paciente mediante coordinación efectiva entre niveles asistenciales.

**Bibliografía**

- *Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Integral de Diabetes de Andalucía (PIDMA). Informe de evaluación 2008-2014. Sevilla: Junta de Andalucía; 2016 .*
- *Ministerio de Sanidad (España). Abordaje del Pie Diabético. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 .*
- *International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). IWGDF Guidelines on the Prevention and Management of Diabetic Foot Disease 2023. (Última actualización disponible en español: Guías IWGDF 2023, traducción por Lázaro-Martínez JL et al., publ. 2025) .*
- *FONDOSCIENCE (Rodriguez-Roquero et al.). Abordaje multidisciplinar: Organización de una unidad de pie diabético. Monografías científicas SEMCPT, Núm. 10; 2018 .*
- *Registro Asistencial Área Nordeste de Jaén. Datos de actividad de la Unidad de Pie Diabético (feb 2023–abr 2024) obtenidos de Diraya/Infoweb y del registro interno de la unidad .*

### 918/146. INTEGRACION PROGRAMAS CRIBADO EN RECONOCIMIENTOS MEDICOS LABORALES

**Autores:**

*Moriña Macías, M.[1], Ramblado Minero, M.[2], Quintana Periañez, M.[3]*

**Centro de Trabajo:**

*(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, (2) Medicina del trabajo Distrito Huelva costa, (3) Enfermeria del trabajo . Distrito Huelva Costa Condado Campiña*

**Objetivos de la experiencia**

La salud laboral debe considerarse una parte mas de la Salud Pulica . Los Programas de promocion de la Salud en la Empresa constituyen una oportunidad unica de coordinacion con otros programas de salud instaurados desde la Atención Primaria de salud .

Nuestro objetivo es la integración en los Reconocimientos Médicos laborales de los Programas de detección precoz de Ca de cérvix, mama y colon , siguiendo las recomendaciones establecidas desde la Consejería de

Salud , con el fin de aumentar la captación y mejorar la salud de los trabajadores .

## Descripción de la experiencia

Desde los Reconocimientos Médicos Laborales , se determina en función de la edad del trabajador/a si pertenece a alguno de los grupos diana de detección precoz : cáncer de mama , colon y cérvix ,Coordinado la agenda en mamografía , centro de salud correspondiente del trabajador y programa de cribado .

Aquellos trabajadores con cribado realizado y que ya estén en Programas se registrara en historia clínico laboral la realización del mismo .

El programa se integrara de forma continua en los reconocimientos de la empresa .

## Conclusiones

La experiencia nos permitirá la evaluación de forma bianual, recogiendo el numero de trabajadores captados desde el reconocimiento médico. , especificando el programa de detección en el que se produce la entrada y en reconocimiento bianual siguiente , el numero de trabajadores con prueba realizada , midiendo el numero real de trabajadores que se realizan la prueba en relación a la captación de de los reconocimientos médicos .

## Aplicabilidad

Los reconocimientos médicos laborales permiten la captación de una población donde realizar programas de detección precoz y promoción de la salud ,al tratarse de contactos garantizados con los servicios médicos .

## Bibliografía


- *García, A. E., Díez, B. G., & Segura, P. P. (2025). Protocolo de prevención del cáncer de mama y ginecológico. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 14(24), 1448-1451.*
- *MOYA, Jesús Martínez. PANORAMA DEL CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX: LA ERA DEL CRIBADO POBLACIONAL EN ESPAÑA. 2025.*


# 918/344. "CUANDO NO TODO SALE BIEN" INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL PARA DEJAR DE FUMAR EN ÁMBITO RURAL.


## Autores:

*Domínguez León, A.[1], Ávila Rivera, J.[2]*

## Centro de Trabajo:

*(1) Enfermera. Centro de Salud Alozaina. Alozaina. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alozaina. Alozaina. Málaga*


## Objetivos de la experiencia

Visibilizar la dificultad de implementar grupos de deshabituación tabáquica en el ámbito rural y analizar las limitaciones en la prescripción de tratamiento farmacológico financiado en el Servicio Andaluz de Salud (SAS), especialmente en personas mayores de 65 años y en fumadores con alta dependencia nicotínica pero consumo =10 cigarrillos/día.

## Descripción de la experiencia

ntervención grupal con 9 participantes (6 hombres y 3 mujeres), de los cuales 5 eran mayores de 65 años. Todos presentaban alta motivación, elevada dependencia nicotínica y antecedentes de intentos previos de abandono. El programa incluyó seis sesiones estructuradas: tres de preparación hasta el "día D" y tres de prevención de recaídas, con seguimiento posterior.

Durante la valoración inicial se detectaron importantes barreras en la prescripción farmacológica. Parte de los pacientes no cumplían criterios de financiación por edad o por consumo inferior a 10 cigarrillos/día, a pesar de presentar alta dependencia. Esta situación generó frustración y condicionó la adherencia al programa. Del total del grupo, solo 2 participantes, ambos menores de 65 años, lograron la abstinencia tabáquica.

## Conclusiones

La intervención grupal es una herramienta útil para el abandono del tabaquismo, pero su efectividad puede verse limitada por restricciones en el acceso al tratamiento farmacológico. Los criterios actuales de financiación pueden generar inequidades y afectar a los resultados del programa.

## Aplicabilidad

Evidencia la necesidad de realizar más estudios sobre edadismo y tratamientos para abandono del tabaco. Asimismo, refuerza la importancia de las intervenciones conductuales grupales en el ámbito rural, adaptando las estrategias a las características de la población para mejorar la adherencia y los resultados en salud.

## Bibliografía


- *. 2011_GuiaAbTab.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011_GuiaAbTab.pdf*

- *Investigación RS. Actuación enfermera en un paciente fumador. Deshabituación tabáquica. ? RSI - Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 10 de agosto de 2025 [citado 9 de marzo de 2026]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-enfermera-en-un-paciente-fumador-deshabituacion-tabaquica/*
- *Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía - Junta de Andalucía [Internet]. [citado 9 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias/areas/sanidad/planificacion/planes-integrales/paginas/pita.html*
- *Plan_Integral_Tabaquismo_2023.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2023-07/Plan_Integral_Tabaquismo_2023.pdf*
- *Plataforma de la Red PITA [Internet]. [citado 9 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.redpita.es/*
- *Prevención del Tabaquismo [Internet]. [citado 9 de marzo de 2026]. Disponible en: https://prevencion-deltabaquismo.com/articulo/tres-casos-clinicos-de-pacientes-mayores-de-65-a%C3%B1os-tratados-con-citisiniclina*


# DOCENTES

## 918/144. IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA OBSERVACIONAL EN UN CENTRO DE SALUD URBANO


### Autores:

*Monsalve Valencia, M.[1], Machín Hernández, M.[2]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga*


### Objetivo de la experiencia

Describir la contribución del servicio de Terapia Ocupacional (TO) en Atención Primaria (AP), en los ámbitos asistencial y formativo, analizando funcionamiento, criterios de derivación y su impacto en la autonomía del paciente y en la formación del residente de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

### Descripción de la experiencia

El servicio de TO integrado fue analizado en un centro de salud (CS) urbano de atención primaria, que da cobertura a la población de cuatro CS del distrito sanitario y la terapeuta ocupacional presta cobertura una cobertura transversal. Desde agosto a diciembre 2025, se han valorado 64 pacientes en múltiples sesiones, con edades entre 19-82 años con perfil de actividad laboral variable.

La derivación a TO se realiza de manera preventiva desde Medicina de Familia y Enfermería, especificando patología y objetivo funcional. La terapeuta ocupacional reevalúa, empleando instrumentos validados y escalas estandarizadas, observando registro de resultados y seguimiento de objetivos. Se realizó observación descriptiva de la actividad asistencial y se participó en el proceso de identificación de necesidades funcionales y seguimiento de pacientes. Los criterios de derivación incluyeron deterioro cognitivo leve o moderado, patología de miembro superior, secuelas de ictus, personas mayores con pérdida de autonomía y pacientes posquirúrgicos de síndrome del túnel del carpo. Las intervenciones incluyeron valoración funcional integral, entrenamiento en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, estimulación cognitiva, ergonomía y conservación de la energía, asesoramiento en productos de apoyo, adaptación del entorno domiciliario, educación en autocuidados y apoyo a cuidadores, así como coordinación con el equipo de AP.

La mayoría de pacientes alcanzaron los objetivos funcionales establecidos con ganancia de autonomía y mejoría de calidad de vida.

### Conclusiones

La integración de la TO en AP favorece la atención funcional precoz y contribuye a mejorar el grado de autonomía de los pacientes. Desde lo formativo, se permite al residente de MFyC adquirir herramientas prácticas para la detección de necesidades funcionales y optimizar la derivación a TO.

### Aplicabilidad

La experiencia es reproducible en otros CS. Constituye una estrategia formativa durante la residencia de MFyC, facilitando una visión funcional integral del paciente y mejorando la toma de decisiones clínicas en AP.

### Bibliografía

- *Servicio Andaluz de Salud Cartera de servicios de atención primaria: Terapia ocupacional. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-mediamediafile_sasdocumento/2025/Cartera%20AP_Terapia%20Ocupacional_web.pdf*


## 918/160. SESIONES CLINICAS PARTICIPATIVAS ACREDITADAS PARA TUTORES MEDICOS DE FAMILIA DE ESTUDIANTES DEL GRADO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CADIZ EN EL AREA SANITARIA DE JEREZ COSTA NOROESTE


### Autores:

*Ortega Marlasca, M.[1]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Profesor. Centro de Salud Jerez Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz*


### Objetivo de la experiencia

Aportar a los tutores clínicos médicos de familia de estudiantes del grado de Medicina (TC) una sesión docente acreditada que fortalezca vínculos y gratifique su implicación en esta labor tan fundamental dentro del periodo de formación básico de los estudiantes de medicina.

Supone el primer evento específico para ellos y contaremos con la acreditación como sesión clínica por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía como actividad realizada por el Centro de Salud Jerez Sur.

### Descripción de la experiencia

Se han preparado 2 sesiones clínicas de 2 horas cada una.

La primera sesión será la "Tutorización clínica del Médico de Familia en el Grado de Medicina: Aplicación del plan docente actual de la asignatura de Medicina de Familia"

La segunda sesión se ha titulado como "Organización operativa de la labor asistencial con un alumno en una consulta de Atención Primaria en la actualidad".

ESTRUCTURA GENERAL DE LAS SESIONES

Formato: sesión clínica interactiva.

Metodología: breve marco teórico + trabajo sincrónico incluyendo técnicas de participación grupal y puesta en común final. Se aplicará un sistema de aprendizaje colaborativo cooperativo.

Rol de los asistentes: alumnos y codocentes. Se expondrán experiencias, diseño de actividades, creación de materiales e interacciones prácticas entre tutores.

Se ha programado su realización para el próximo mes de mayo del 2026.

Se realizarán las sesiones en el campus de Jerez de la Frontera de la Universidad de Cádiz.

### Conclusiones

Esperamos sea una experiencia inicial para estos profesionales en nuestra zona de influencia que se pueda hacer extensiva al resto de TC de la provincia.

Supondrá la primera actividad docente especialmente dirigida para docentes de la asignatura de Medicina de Familia y Urgencias del 5º curso del Grado de Medicina de nuestra Universidad.

Es un reconocimiento y gratificación especialmente dirigido para TC.

### Aplicabilidad

El formato docente es de fácil abordaje y permite las interacciones directas entre TC, Comparte experiencias de los TC de años anteriores y estimula nuevos TC.

Presenta una gran utilidad para TC de años anteriores y nuevos TC.


### Bibliografía

Sistema de garantía de calidad de la Facultad de Medicina. PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE TUTORES CLÍNICOS DEL GRADO [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 15]. Available from: https://medicina.uca.es/wp-content/uploads/2023/04/P04-PFM05-PROCEDIMIENTO-DE-GESTION-DE-TUTORES-CLINICOS-DEL-GRADO.pdf


## 918/304. CUANDO CURAR NO ES POSIBLE, CUIDAR LO ES TODO: REDESCUBRIENDO EL PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA EN EL FINAL DE LA VIDA


### Autores:

*Lillo Ramírez, E.[1], Lillo Ramírez, M.[2], Postigo Jiménez, M.[3]*

### Centro de Trabajo:

*(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada, (3) Especialis-*

*ta en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga*

## Objetivo de la experiencia

Reflexionar sobre el impacto formativo y profesional de una rotación en cuidados paliativos, poniendo en valor el papel del médico de familia como referente clínico, coordinador y acompañante de pacientes y familias con enfermedad avanzada. Se pretende mostrar cómo esta experiencia transforma la mirada biomédica tradicional hacia un modelo centrado en la persona y sustentado en el trabajo interdisciplinar.

## Descripción de la experiencia

Rotación de un mes durante el tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria en un equipo especializado con atención domiciliaria y unidad tipo hospice en la provincia de Málaga. La experiencia supuso la inmersión en un modelo asistencial centrado en la atención integral —biológica, psicológica, social y espiritual— ampliando la comprensión del rol del médico de familia más allá del paradigma exclusivamente curativo. Se participó en la valoración multidimensional de pacientes con enfermedades avanzadas oncológicas y no oncológicas, el manejo de síntomas complejos, la planificación anticipada de decisiones y la adecuación del esfuerzo terapéutico. Sin embargo, el aprendizaje más transformador trascendió lo técnico: la comunicación honesta, la gestión compartida de la incertidumbre y el acompañamiento emocional adquirieron un papel central. El trabajo coordinado con enfermería, psicología, trabajo social y voluntariado evidenció que la interdisciplinariedad no es un complemento, sino la base estructural de la calidad asistencial. Escuchar, sostener silencios y explorar valores redefinió el significado de "intervención médica".

## Conclusiones

La rotación supuso un punto de inflexión profesional. Reafirma que el médico de familia, por su visión integral y longitudinal, está especialmente capacitado para liderar la atención paliativa en el ámbito comunitario. Comprender que aliviar es tan trascendente como curar transforma la práctica clínica y reduce intervenciones fútiles. No siempre podemos añadir días a la vida, pero sí añadir vida a los días.

## Aplicabilidad

La formación en cuidados paliativos es plenamente transferible a Atención Primaria: mejora el control sintomático, fortalece la toma de decisiones compartida y promueve una práctica clínica más prudente, ética y centrada en valores, ampliando el concepto de éxito terapéutico hacia el alivio, el acompañamiento y el respeto a la dignidad.

## Bibliografía

World Health Organization. Palliative care. Geneva: WHO; 2020.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de cuidados paliativos. Madrid: SECPAL; 2014.

## A

Abascal Morente, L. ..... 267, 277, 281
Aceituno Aranda, S. ..... 148, 151-152
Aguado Linares, P. ..... 274
Aguado Toscano, M. ..... 266
Aguilar Barceló, J. ..... 83-84
Aguilar Peña, L. ..... 185
Aguilera Vargas, M. ..... 261
Aguirre Rodríguez, J. ..... 34, 46, 48, 68
Ahmed Mohamed, Y. ..... 226, 231
Alarcón Hidalgo, M. ..... 244
Alcalá Partera, J. ..... 33
Alcalde Molina, M. ..... 238
Alcantarilla Reyes, E. ..... 88, 197
Alcaraz Pérez, M. ..... 43, 54, 179, 182, 193-194
Alfaro Greciano, R. ..... 31
Alfaro Juarez, A. ..... 65
Algorri Ferrero, S. ..... 208
Almazán Segovia, E. ..... 38-39
Alonso Lema, S. ..... 277
Álvarez López, M. ..... 129
Alvarez Porras, M. ..... 189
Amador Soto, P. ..... 29, 42, 90
Andino Lopez, Y. ..... 199
Andrades Fernández, L. ..... 25, 224
Andrés Vera, J. ..... 45, 93, 100
Angulo Pajuelo, J. ..... 73
Aparicio Egea, C. ..... 97
Aracil Cayuela, J. ..... 70
Aragón Gómez, R. ..... 50
Arboleda Romero, I. ..... 26
Arboledas Soriano, S. ..... 41, 54, 191
Argüello Suárez, C. ..... 153, 161, 246
Arjona Cabello, G. ..... 256, 271
Arjona González, P. ..... 21, 37, 61
Arzua Moya, J. ..... 43, 54, 179, 182, 193-194
Asenjo Plaza, M. ..... 65
Asensio Martín, A. ..... 108
Atienza Martín, F. ..... 20, 33, 49
Ávila Rivera, J. ..... 38-39, 287
Ayala González, L. ..... 88, 113, 197

## B

Baca López, L. ..... 79-80, 135
Baca López, P. ..... 79
Bardón Rozas, A. ..... 254
Barrios Peña, J. ..... 183, 189
Barrios Rios, C. ..... 174, 180, 187
Bartel De Hoyos, I. ..... 126
Benain Ávila, J. ..... 99, 220, 231
Benítez Rivero, J. ..... 47, 49-50
Berger Morrill, C. ..... 161, 200
Bermejo Benarquez, A. ..... 137
Bermúdez Pérez, M. ..... 65
Bernabéu Fuentes, Á. ..... 148-149, 151
Bernad, A. ..... 78
Biglieri, S. ..... 243
Blaut, T. ..... 275
Bolívar Escobar, S. ..... 267
Borrego Palenzuela, R. ..... 124, 172, 230
Bravo Arrebola, I. ..... 129, 133, 146
Braza Ramírez, L. ..... 126
Buedo Sotos, I. ..... 73
Bueno Navarrete, P. ..... 45
Butaybi Mohamed, Y. ..... 226
Byrne España, M. ..... 98, 140, 235

## C

Caballero Castillo, L. ..... 80, 228, 259
Cabana Hurtado, A. ..... 273
Cabanillas de la Casa, C. ..... 201
Cabello Pérez, G. ..... 272
Cabezas Fernández, F. ..... 133
Cabrera Aguilera, M. ..... 263
Cabrera Domínguez, G. ..... 274
Cabrera Hernández, C. ..... 79-80
Cabrera Hernández, S. ..... 80
Cabrerizo Carvajal, A. ..... 65
Calle Cruz, L. ..... 121, 136
Camacaro Irima, C. ..... 26, 174, 177
Cámara Sola, E. ..... 260
Cambón Gándara, E. ..... 113
Campos Barranquero, I. ..... 52-53
Candón García, A. ..... 164-165
Cano Conde, M. ..... 259
Cantador López, I. ..... 249-250, 252
Cantarero Ortiz, M. ..... 28
Canterla Rufino, M. ..... 151
Capilla Díaz, S. ..... 37
Carabot Ramírez, A. ..... 42
Cárdenas González, D. ..... 118-119
Carrasco Moreno, A. ..... 41, 54, 159
Carrascosa Muelas, B. ..... 224, 238
Carrión Mayo, H. ..... 42
Carvajal Jaén, J. ..... 24, 37

Casanova Álvarez, D. ..... 113
Castaño González, A. ..... 157, 173, 251
Castellanos Paredes, P. ..... 258
Castilla Moreno, M. ..... 137, 282
Castillo Galllego, C. ..... 49
Castillo Mendoza, Y. ..... 114, 186, 217, 233, 237
Castillo Moraga, M. ..... 34, 41, 67
Castro Martín, E. ..... 44
Cebrian Gistas, M. ..... 283
Celaya Martínez, J. ..... 225, 232, 244
Cerezo Sánchez, P. ..... 30, 112
Charlo Pumar, M. ..... 83, 183
Chiva Ballesteros, B. ..... 277
Cintrano Lopez, E. ..... 271
Cinza Sanjurjo, S. ..... 55-56
Colomer, G. ..... 144
Conde Ruiz, F. ..... 169, 206
Contreras Escámez, B. ..... 47, 49
Contreras Roca, M. ..... 98, 140, 235
Correa Gómez, V. ..... 77
Cristóbal Pinto, M. ..... 252
Cruz Iturrate, J. ..... 148-149, 163
Cuberos Vargas, M. ..... 283
Cuenca del Moral, R. ..... 98, 235

## D

de Dios Rodríguez, M. ..... 78
de la Higuera Espigares, H. ..... 264
de la Pava Bedoya, J. ..... 142, 158
Delgado Bayona, L. ..... 153, 246
Delgado Eslava, C. ..... 58
Delgado Romero, B. ..... 94
Delgado-Yumar Tudela, A. ..... 95, 204, 211
del Razo Romero, M. ..... 44
Denis Pedrosa, J. ..... 277
de Toro Torres, E. ..... 35
Diaz Oreste, M. ..... 141
Díaz Sánchez, M. ..... 203
Díez García, A. ..... 41
Dionisio Flores, M. ..... 24, 100, 110, 218
Diz Caballero, V. ..... 251
Domínguez Castellano, A. ..... 44, 227, 233, 238
Domínguez León, A. ..... 287
Domínguez Rodríguez, Y. ..... 153, 246
Donaire Galiano, A. ..... 214-215, 219
Doña López, F. ..... 65
Durán Pozo, R. ..... 254

## E

Escamilla Garrido, A. ..... 139
Escribano Parra, C. ..... 73
Escudero Sánchez, C. ..... 74
Estrada Ayala, P. ..... 100, 110, 218
Expósito Martínez, C. ..... 74

## F

Farooq Rind, A. ..... 104
Farré, J. ..... 144
Fernandesa, A. ..... 147
Fernández Baca Zavalla, D. ..... 162, 184
Fernández Bersabé, A. ..... 104
Fernández Curbelo, J. ..... 204
Fernandez de Cordova Montilla, C. ..... 72, 195, 261
Fernández Gárate, M. ..... 158, 166, 178
Fernández Ibáñez, M. ..... 210
Fernández Martín, E. ..... 19, 133, 146
Fernández Morán, M. ..... 257
Fernández Morenatti, M. ..... 50
Fernández Navarro, N. ..... 45
Fernández Ramos, P. ..... 95, 204, 211
Fernández Urrusuno, R. ..... 23
Ferrer Haba, M. ..... 273
Ferrer López, I. ..... 20
Ferrer Sánchez, M. ..... 242
Flores Nieto, F. ..... 51-53
Flores Siles, A. ..... 183, 189, 241
Fons Díaz, A. ..... 41
Fornell Lopez, G. ..... 283
Franco Torres, S. ..... 258

## G

Galián Ordoñez, A. ..... 133
Gallego Montiel, A. ..... 29
Gamero de Luna, E. ..... 31, 102, 255
Gámez Ibarra, I. ..... 59, 61, 69
García Balboteo, J. ..... 83-84
García Chueco, I. ..... 189, 207-208, 255
García Del Paso, A. ..... 122
García Díaz, R. ..... 74
García García, I. ..... 126, 271
García Jara, P. ..... 80
García López, M. ..... 207-208, 255
García Martínez, D. ..... 52
García Matarín, L. ..... 42
García Muñoz, G. ..... 19

García Obrero, J. ..... 73
García Rodríguez, I. ..... 251
García Rodríguez, J. ..... 171
García Rosado, C. ..... 271
García Sánchez, F. ..... 160
García Serrano, A. ..... 74
García Vázquez, S. ..... 224
García Vicente, S. ..... 154, 167-168
Garrido Aguayo, L. ..... 269-270, 280
Garzón Aguilar, J. ..... 103, 105, 108, 111, 120, 123
Garzón Polanco, M. ..... 57
Gasset Giráldez, J. ..... 115, 117
Geara Joyed, P. ..... 123, 125
Generoso Torres, C. ..... 91
Generoso Torres, M. ..... 46, 48, 68, 91, 196, 198
Gil Aguilar, V. ..... 58
Gil García, C. ..... 120
Ginel Mendoza, L. ..... 23
Girón Prieto, M. ..... 65, 108, 111
Gómez Cano, E. ..... 260
Gómez García, M. ..... 73
Gómez Nieves, O. ..... 202, 221
Gómez Pagés, J. ..... 90
Gómez Rodríguez, S. ..... 77
Gonzales García, J. ..... 180-181, 188
González Blanco, V. ..... 27
González Bravo, A. ..... 48, 68
Gonzalez Castrillo, L. ..... 129, 133, 146, 171
González Garrido, M. ..... 249-250, 252
González Heredia, S. ..... 271
González Juanatey, J. ..... 55-56
González Puga, J. ..... 109
González Rodríguez, M. ..... 80, 85
Gracia Rodriguez, R. ..... 85-87
Grande Ruiz, A. ..... 57
Guerrero Cano, C. ..... 74
Guerrero Ruiz, J. ..... 142
Guevara García, M. ..... 107, 220, 223
Guisasola Cárdenas, M. ..... 48, 68
Gutiérrez, E. ..... 41
Guzman Libreros, A. ..... 147

## H

Heersche Morillo, A. ..... 51, 61
Heras González, M. ..... 190
Heredia Pareja, F. ..... 276
Hernández González, J. ..... 134
Hérnandez Ocaña, M. ..... 261-264
Hernández Ramasco, A. ..... 172
Hernández Rodríguez, J. ..... 52-53, 59-60
Hernández Romera, C. ..... 236
Hernández Zuniga, C. ..... 207-208, 255
Herrera Serrano, L. ..... 49
Herrera Víquez, F. ..... 16
Hidalgo Rodríguez, A. ..... 42
Hierro Roselló, E. ..... 176
Hijazo, M. ..... 145
Hita Iglesias, C. ..... 256
Huertas Romero, A. ..... 170-171
Hurtado Leiva, E. ..... 162, 213

## I

Iglesias Almagro, M. ..... 170-171
Iglesias Manso, M. ..... 248, 258
Imbernón García, C. ..... 97

## J

Jalal Nasser, A. ..... 280
Japon Cabello, M. ..... 123, 125
Jiménez Almenara, M. ..... 157
Jiménez Braojos, M. ..... 258
Jimenez Cuevas, M. ..... 67
Jiménez Guerrero, M. ..... 112
Jiménez Henríquez, L. ..... 202, 221
Jiménez Hernández, V. ..... 47
Jiménez Muñoz, N. ..... 115, 117
Jimenez Ortega, S. ..... 141
Jordan Carrillo, A. ..... 94
Juan Santos, L. ..... 253
Jurado García, E. ..... 70

## K

Koval Charnosh, N. ..... 127
Krivocheya Montero, J. ..... 109

## L

Lara Carvajal, A. ..... 16
Lay Barriga, D. ..... 272
Leal Moreno, M. ..... 52
Leiva Pino, J. ..... 174, 180, 187
Lemos Pena, A. ..... 272
León Dugo, A. ..... 44
Ligero Molina, M. ..... 138
Lillo Ramírez, E. ..... 248, 280, 289
Lillo Ramírez, M. ..... 248, 280, 289
Linares Gonzalez, L. ..... 104

Linares Moreno, R. ..... 228
Linares Ramírez, M. ..... 89, 92
Llerena Guerrero, R. ..... 90
López Avendaño, A. ..... 170, 195, 214
López Áviles, E. ..... 156, 186, 233-234, 237
López Chaves, D. ..... 27, 103, 105, 111, 122
López Díaz, A. ..... 279
López Domínguez, A. ..... 261-264
López García, A. ..... 52
López García, M. ..... 171-172, 230
López Gómez, J. ..... 81, 88, 173, 183
López Molina, A. ..... 65
López Mongil, R. ..... 49
López Oliver, M. ..... 174, 177
López Sánchez, J. ..... 59, 69
López-Sidro López, M. ..... 89, 92
López Torres, C. ..... 116
López-Unzu López, Á. ..... 57
Lorenzo Illescas, B. ..... 71
Lorenzo Santamaría, B. ..... 139, 279
Louro Fernández, E. ..... 224
Lozano Gallego, A. ..... 137, 282
Lucena López, R. ..... 72, 195, 261, 277, 281
Lupiáñez Castillo, J. ..... 65
Luque Hernández, C. ..... 85

## M

Machín Hernández, M. ..... 61-62, 192, 216, 241, 288
Maculet Rey, A. ..... 57, 155, 175
Maculet Rey, M. ..... 57
Mañero Viera, L. ..... 278
Marin-Herlinger Mesa, M. ..... 126
Maristany Silva, M. ..... 151-152, 163
Marquez Tejero, M. ..... 67
Martín Acevedo, A. ..... 201
Martín Benítez, J. ..... 112
Martín De Argenta Sánchez, A. ..... 151
Martín Enguix, D. ..... 22, 37, 46, 48, 68, 196, 198
Martín Escobar, E. ..... 99, 220
Martínez Buendía, C. ..... 64-65
Martínez del Marmol Martínez, A. ..... 109, 240
Martínez Gázquez, N. ..... 269-270, 280
Martínez Palma, L. ..... 142-143
Martínez Rodríguez, B. ..... 214
Martínez Trasmonte, M. ..... 274
Martín Gutiérrez, J. ..... 44, 277
Martín Hurtado, A. ..... 107
Martin Izquierdo, S. ..... 126
Martín López, S. ..... 81, 157, 173
Martos Borrego, M. ..... 70
Martos Luque, S. ..... 169
Martos Medina, D. ..... 286
Matas Hernández, D. ..... 134
Mateo Cárdenas, A. ..... 81, 83, 88
Mayo Caballero, M. ..... 41, 54, 161, 200
Medina Cobos, A. ..... 18, 35, 122-123
Medina Gámez, J. ..... 22
Medrano Calero, Z. ..... 180, 187-188
Medrano Moya, J. ..... 283
Megías López, M. ..... 195
Menéndez Polo, P. ..... 198
Mentado Sosa, B. ..... 239, 273
Merino Barriuso, P. ..... 16, 62, 192, 216, 241
Mesa Espadas, C. ..... 46, 48, 68, 91, 196, 198
Millán López, A. ..... 209, 257
Miranda Morente, P. ..... 135
Mirwani Mirwani, S. ..... 244
Mohamed Aisa, L. ..... 99, 107, 220
Monís Álvarez, S. ..... 118-119
Monsalve Valencia, M. ..... 61-62, 288
Montblanc Díaz, E. ..... 253
Montero Fernández, D. ..... 50
Montero Peña, C. ..... 37
Monteros, J. ..... 195, 206, 214
Montoro Goethe, S. ..... 46
Mora de Miguel, A. ..... 129
Morales Fraile, I. ..... 102, 255
Morales Jimenez, M. ..... 95-96
Morales Rodríguez, I. ..... 47
Moral Merchán, M. ..... 78
Moreno Bonilla, M. ..... 70
Moreno del Salto, A. ..... 158, 166, 178
Moreno Díaz, M. ..... 46
Moreno Márquez, M. ..... 104, 115
Moreno Muñoz, M. ..... 64
Moreno Obregón, F. ..... 130-131
Moreno Obregón, J. ..... 130-131
Moreno Obregón, L. ..... 130-131
Moreno Toscano, L. ..... 253-254
Moreno Valle, C. ..... 160
Moreno Valle, P. ..... 160
Moreno Velasco, M. ..... 101-102
Moriel Coronado, M. ..... 61-62
Moriña Macías, M. ..... 286
Mota Gavilan, I. ..... 244
Moya Berruga, G. ..... 224, 238

Mozas Benítez, L. ..... 249-250, 252
Muñiz McAleer, C. ..... 268
Muñoz Gámez, A. ..... 65
Muñoz González, F. ..... 75
Muñoz Jiménez, R. ..... 214-215, 219, 227, 233, 238
Muñoz Ramírez, M. ..... 212
Mustafa Abdelkader, J. ..... 107

## N

Najari Mohamed, H. ..... 226, 231
Navarrete Espinosa, C. ..... 184
Navarro Gallardo, P. ..... 95, 121, 138
Navas Avellaneda, M. ..... 224
Novalbos Ruíz, J. ..... 66
Novoa Caballero, C. ..... 142-143
Núñez Santos, J. ..... 247

## O

Ocaña Oncala, J. ..... 278
Ocaña Rojas, F. ..... 204
Ollero Rodriguez, T. ..... 24, 208
Olmo Dorado, V. ..... 18
Orihuela Martín, J. ..... 242
Ortega Marlasca, M. ..... 47, 66, 289
Ortega Pérez, S. ..... 269-270, 280
Ortíz, D. ..... 150
Ortiz Puertas, T. ..... 28, 41

## P

Pacheco García, M. ..... 107, 220, 223, 273
Palma Jiménez, J. ..... 201, 205
Palomares Álvarez, V. ..... 201
Palomino Páez, M. ..... 18
Panero Hidalgo, P. ..... 17, 37
Pantoja de la Rosa, L. ..... 77
Pardo Zaragoza, C. ..... 92
Parrado Espinosa, M. ..... 51, 61
Parra Manrique, C. ..... 268
Pascual Guardeño, G. ..... 176
Pazos Bernal, N. ..... 228
Pelayo Rubio, M. ..... 164-165
Peña Pérez, S. ..... 17, 62, 192, 216, 241
Peña Segura, A. ..... 132, 265
Peña Soler, R. ..... 158, 166, 178, 247
Perea Vela, M. ..... 216, 229, 235
Perejón Díaz, M. ..... 47, 49-50, 126
Pérez Castro, M. ..... 107, 116, 220, 223
Perez Castro, V. ..... 203
Pérez Cea Ponce, E. ..... 181, 188
Pérez de Zabalza Freire, R. ..... 225, 232
Pérez Gómez, F. ..... 129
Pérez González, A. ..... 59-60
Perez Juarez, C. ..... 132, 265
Pérez López, R. ..... 25
Perez Martinez, L. ..... 147
Pérez Martínez, P. ..... 230
Pérez Mesa, N. ..... 44
Pérez Puertas, G. ..... 112
Pérez Rueda, J. ..... 216, 229, 235
Pérez Sánchez, J. ..... 279
Pérez Sánchez, S. ..... 171
Piedra Ruiz, F. ..... 44, 75
Piñana Conesa, M. ..... 94, 97
Plamenova Ilieva, B. ..... 154
Pons Villarta, I. ..... 145
Porras Perales, O. ..... 65
Portela Romero, M. ..... 55-56
Postigo Jiménez, M. ..... 289
Poyato Zurita, P. ..... 89
Pozo Gil, L. ..... 114, 186, 233-234, 237
Prats Florez, D. ..... 65, 150
Prieto Sánchez de Puerta, C. ..... 91
Púa Cavilla, A. ..... 210

## Q

Quero Córdoba, J. ..... 189
Quintana Periañez, M. ..... 286

## R

Ramblado Minero, M. ..... 286
Ramírez Arroyo, F. ..... 185
Ramirez Hidalgo, M. ..... 141
Ramos Alonso, S. ..... 59-60
Ramos Fernández, Á. ..... 201-202, 205, 221
Ramos Herrera, C. ..... 213
Ramos Luna, P. ..... 208-209, 211, 239, 257
Ramos Ontiveros, M. ..... 123
Ramos Ortiz, C. ..... 134
Ramos Simancas, P. ..... 174, 180-181
Ramos Viudez, J. ..... 283-284
Rando Nagera, E. ..... 64, 150
Reche Fernández, I. ..... 57, 155, 175-176
Redondo Salvador, M. ..... 95-96, 121
Regal Somet, M. ..... 67
Rengel Sanz, M. ..... 142
Resa López, F. ..... 30

Rey Aldana, D. ....55-56
Rey Berenguel, C. ....129
Reyes Castellano, J. ....137
Rey Martín, A. ....57
Rey Merchán, M. ....109, 210
Ríos Pérez, A. ....47, 50
Rios Perez, J. ....128
Ríos Pérez, L. ....106, 128, 248
Rivero López, R. ....204
Robledo Carmona, L. ....176
Robles Martín, J. ....174, 177
Rodríguez Armesto, A. ....55-56, 179, 182, 193-194
Rodríguez Blanco, A. ....55-56
Rodríguez Gálvez, M. ....248
Rodriguez González, R. ....286
Rodriguez Jimenez, B. ....127
Rodríguez Jiménez, C. ....57, 155, 175-176, 228
Rodríguez López, M. ....236
Rodríguez Lugo, C. ....278
Rodriguez Martínez, E. ....74
Rodriguez Moreno, S. ....96, 121, 138
Rodríguez Onieva, A. ....70
Rodríguez Peña, C. ....240
Rodríguez Rodríguez, D. ....95, 204, 211
Rodríguez Soler, R. ....112
Romera Vílchez, M. ....109, 240
Romero Carrillo, S. ....75, 214-215, 219, 227, 233, 238
Romero Lerma, Á. ....16, 103, 105, 120
Romero Varo, C. ....21
Roncero Martin, A. ....42
Ruano García, J. ....104
Ruano Mayo, A. ....216, 229, 235
Rubio Polo, M. ....169, 206
Rubio Rodríguez, S. ....260
Ruf Sánchez, P. ....91
Ruiz Guil, C. ....236
Ruiz Madrigal, M. ....144
Ruiz Sánchez, M. ....147
Ruíz Tajuelo, S. ....247
Ruiz Torrecillas, F. ....57
Ruíz Vela, A. ....18, 35
Ruiz Vílchez, E. ....262

## S

Safronova, A. ....276
Salas Burgos, J. ....255
Salas Ortega, C. ....228
Salguero Quirantes, R. ....133
Sánchez Arco, M. ....169, 245
Sánchez Batanero, N. ....154, 167-168
Sánchez Casas, V. ....209, 211, 239
Sánchez Gómez, S. ....33
Sánchez González, M. ....121, 136
Sanchez Morgado, L. ....149, 152, 163
Sánchez Pérez, M. ....41
Sánchez Rodríguez, J. ....205
Sánchez Soto, M. ....225, 244
Sánchez Valentín, L. ....61
Sandoval Gutiérrez, A. ....52
Santana Almonte, D. ....132, 265
Santana Cristóbal, V. ....252
Santos Bermejo, M. ....35
Santos Lozano, J. ....137
Sarmiento Acosta, M. ....228, 259
Sebastián Lacave, I. ....83, 88, 183
Segura Dominguez, N. ....154, 167-168
Serna Moreno, J. ....162, 184, 213
Serrano León, M. ....222
Serrano Moreno, M. ....101-102
Sifuentes Tutor, V. ....88, 197
Sola Bullejos, M. ....222
Solano Vázquez, D. ....44
Soldado Gálvez, A. ....70
Solís Montaño, A. ....114, 145, 165, 217
Soto Castro, C. ....73
Suárez Sánchez, L. ....145, 156, 165, 198-199, 217, 234

## T

Tejero Carmona, M. ....49
Ternero Solís, C. ....275
Toledano Fernández, D. ....145, 156, 165, 198-199
Toro De Federico, A. ....284
Torre Moreno, N. ....128
Torres Checa, M. ....283-284
Torrico Gonzales, L. ....183, 189, 241
Torrico Linares, Y. ....286
Torrubia Fernández, M. ....33
Treceño Villalba, A. ....67

## V

Valenzuela de Damas, M. ....37
Valenzuela Mancebo, P. ....51
Valero Gutiérrez, Á. ....185, 232
Vargas Cruz, J. ....49
Vargas Díez, J. ....30, 127
Vargas Vargas, M. ....59, 61, 69

Varo Morilla, M. ..... 93, 100
Vázquez Haro, A. ..... 190
Vegazo Lockhart, C. ..... 151
Venegas Lorenzo, A. ..... 222
Vera Rubio, G. ..... 244
Vico Ramirez, F. ..... 258
Villanueva Ortega, A. ..... 266
Villegas Gonzalez, C. ..... 266
Viola Caro, P. ..... 258
Virgós Varela, M. ..... 61
Vivas López, C. ..... 218

## W

Warletta Tirado, I. ..... 82

## X

Xia Ye, S. ..... 140

## Y

Yebenes, R. ..... 38-39

## Z

Zambrana Luque, F. ..... 115
Zambrana Luque, J. ..... 104, 115
Zurita Luque, M. ..... 85-87